



ULISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA ÁREA DA
PSICOMOTRICIDADE E INTERVENÇÃO PRECOCE
– ELI de Oeiras –**

Relatório de Estágio profissionalizante elaborado com vista à obtenção do Grau
de Mestre em Reabilitação Psicomotora – Ramo de Aprofundamento de Competências
Profissionais

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Jorge Moreira Morato

Vogais:

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Sandra Maria Dinis Oliveira

2014

“A ironia do destino é que ele não é inevitável, mas uma questão de escolha.”

Augusto Cury

“Se alguém te obrigar a acompanhá-lo durante uma milha, caminha com ele duas!”

Mt 5, 41

"Uma coisa não é só o que observamos mas também o que significa!"

Autor desconhecido

“Ama e faz o que quiseres. Se calares, calarás com amor; se gritares, gritarás com amor; se corrigires, corrigirás com amor; se perdoares, perdoarás com amor. Se tiveres o amor enraizado em ti, nenhuma coisa senão o amor serão os teus frutos.”

Santo Agostinho

Agradecimentos

Quero agradecer a todos quanto possibilitaram a realização do presente estágio e contribuíram de forma particular para o meu crescimento pessoal e profissional.

À professora Doutora Teresa Brandão, a minha orientadora de estágio da Faculdade, pela partilha de conhecimento, pelas suas sábias orientações, pelas respostas às minhas dúvidas pela simpatia com que sempre me recebeu.

À Psicóloga Alexandra Mendes, minha orientadora local e coordenadora da equipa de Intervenção Precoce da CERCIOEIRAS, pela forma como me acolheu, pela sua disponibilidade, compreensão e conhecimentos transmitidos, pelos conselhos, pelo apoio, pela forma como me orientou e ajudou a crescer como profissional e como pessoa.

Às técnicas da Equipa de Intervenção Precoce da CERCIOEIRAS: as Terapeutas da Fala Ana Chambel e Andreia Ruivo, a Técnica Superior de Serviço Social Fátima Vieira, a Fisioterapeuta Susana Esperto e a Terapeuta Ocupacional Catarina Alves, pela forma como me receberam e acolheram, pela partilha de conhecimento, pela disponibilidade e apoio ao longo de todo o estágio, pela forma como me integraram na equipa, pelo muito que me ajudaram a crescer como profissional e como pessoa.

À Educadora Dulce Duarte, coordenadora da ELI de Oeiras, restantes Educadoras de Ensino Especial e às profissionais de saúde da ELI, pela simpatia, pela disponibilidade e forma acolhedora como me receberam na equipa.

Agradeço de forma especial a todas as crianças e famílias, pelos momentos, preocupações, dúvidas, momentos ... partilhados, pela oportunidade que tive de crescer e aprender com elas.

Aos meus amigos de Faculdade, Marta, Bárbara, Richard, Joana, Cláudia, Patrícia, Ricardo e de forma muito, muito especial às minhas “filhas” Sofia e Patrícia pela vossa amizade e tudo (...) o que advém do facto de vos ter como amigos.

A todos os profissionais da CERCIOEIRAS e das Creches e Jardins de Infância por onde passei, pela simpatia e disponibilidade.

A todos os amigos que, de alguma forma, se sentiram privados da minha companhia, ... a todos eles “tão simplesmente” porque são os meus amigos ...

À minha amiga Maria do Céu, obrigada por ser a pessoa que é...

E de forma especial à minha maravilhosa família, pelo amor incondicional, pelo constante apoio, carinho, ... pela certeza constante de que estão sempre “lá” para mim, amo-vos.

A todos, o meu especial, obrigada!

Resumo

O presente relatório de estágio insere-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, realizado no âmbito da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade, na CERCIOEIRAS e integrado na Equipa Local de Intervenção, sendo seu objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no estágio.

A fundamentação teórica segue-se a prática profissional, que contém: período de observação; avaliação, planificação e intervenção realizadas com crianças entre os 0 e os 6 anos; diagnósticos distintos e contextos diferenciados; intervenção individual com sete crianças; e intervenção em grupo (sete crianças), concretizada, com duas técnicas de áreas distintas. De forma a demonstrar a abrangência do estágio realizado escolheram-se três estudos de caso, pela disparidade no que reporta às patologias (Síndrome de Down, Comportamento Desajustado e Atraso na Linguagem, Prematuridade e Baixo Peso) e características da criança e família, do local e tipo de intervenção. A intervenção realizada teve como principal objetivo o desenvolvimento global da criança, através da promoção de vivências corporais, da exploração de objetos e do meio, do movimento, do lúdico e do envolvimento da família.

Concluimos que, de uma forma geral, os objetivos do estágio foram atingidos, tendo sido possível verificar evolução no desenvolvimento de todas as crianças.

PALAVRAS-CHAVE

Avaliação, Comportamento Desajustado e Atraso na Linguagem, Desenvolvimento Holístico, Equipa de Intervenção Precoce, Intervenção Centrada na Família, Intervenção Precoce, Intervenção Psicomotora dos 0 aos 6 anos, Planeamento, Prematuridade e Baixo Peso, Síndrome de Down.

ABSTRACT

This internship report is part of the branch Advanced Professional Skills, of the Masters of Psychomotor Rehabilitation, conducted under the Early Intervention and Psychomotor areas, in CERCIOEIRAS and integrated in the Local Intervention Team , and its objective is to present the activities developed in the internship.

The theoretical framework is followed by professional practice, which contains: observation period, assessment, planning and intervention carried out with children aged 0 to 6 years; different diagnoses and different contexts; individual intervention with seven children, and group intervention (seven children), implemented with two techniques from different areas. In order to demonstrate the scope of the internship three case studies were chosen, for its disparity concerning pathologies (Down Syndrome, Maladjusted behavior and Language Delay, Prematurity and Low Birth Weight) and characteristics of the child and family, the local and type of intervention.

The intervention performed was aimed at the overall development of children through the promotion of body experiences, exploration of objects and environment, movement, playfulness and family engagement.

We conclude that in general the objectives of the internship were achieved, it was possible to verify progress in the development of all children.

KEY-WORDS

Assessment, Down Syndrome, Early Intervention, Family Centered Intervention, Holistic Development Team, Maladjusted Behavior and Language Delay, Prematurity and Low Birth Weight, Psychomotor Intervention from 0 to 6 years, Planning.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Índice.....	V
Índice de Tabelas	VIII
Índice de Figuras	IX
Índice de Abreviaturas	X
Introdução.....	1
I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Psicomotricidade	2
1.1. Intervenção Psicomotora na infância.....	4
2. Intervenção Precoce	5
2.1. Fundamentação da Intervenção Precoce	6
2.2. Estatutos de risco.....	7
2.3. Intervenção Precoce na Criança e sua Família	7
2.4. Enquadramento Legal em Portugal.....	8
2.5. Plano Individual de Intervenção Precoce.....	10
2.6. O papel do Psicomotricista na Intervenção Precoce.....	10
3. Enquadramento teórico das patologias dos estudos de caso.....	10
3.1. Comportamento desajustado.....	10
3.2. Atraso na linguagem.....	11
3.3. Intervenção na criança com comportamentos desajustados e atraso na linguagem e sua família.....	12
3.3.1. Intervenção na criança com comportamentos desajustados	12
3.3.2. Prática psicomotora e o desenvolvimento das funções comunicativas.....	13
3.4. Prematuridade e Baixo Peso	13
3.4.1. Intervenção na criança prematura e com baixo peso e sua família	14
3.5. Síndrome de Down.....	15
3.5.1. Intervenção na criança com síndrome de Down e sua família.....	17
4. Enquadramento Institucional.....	18
4.1. Equipa Local de Intervenção de Oeiras	19
4.2. Relação com outros contextos de intervenção e comunitários	20
II. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	21
5. Estrutura global do estágio	21
5.1. Integração na instituição.....	21
5.2. Calendarização das atividades de estágio.....	21
5.3.1. Cronograma do estágio.....	22

5.3.2. Horário de estágio.....	22
5.4. População apoiada.....	24
5.4.1. Observação de apoios	24
5.4.2. Caracterização dos apoios	25
6. Instrumentos de avaliação	26
6.1. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca	27
6.2. Escala Peabody de Desenvolvimento Motor	27
6.3. The Schedule of Growing Skills II	28
7. Intervenção em grupo	28
7.1. Características do apoio em grupo e estratégias de intervenção.....	29
7.2. Características do grupo	29
7.3. Objetivos do grupo	31
7.4. Análise qualitativa da evolução do grupo AMG.....	31
8. Intervenção nos apoios individuais	31
8.1. Intervenção - Ricardo	31
8.2. Intervenção - Gabriel	32
8.3. Intervenção - Tadeu	33
9. Estudos de caso	34
9.1. Estudo de caso 1- Filipe	34
9.1.1. Historial pessoal e familiar	34
9.1.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI	35
9.1.3. Calendarização dos apoios prestados	35
9.1.4. Avaliação Inicial	37
9.1.5. Plano de intervenção/Objetivos.....	42
9.1.6. Intervenção psicomotora.....	44
9.1.7. Estratégias de intervenção.....	45
9.1.8. Avaliação final.....	45
9.1.9. Análise comparativa dos objetivos	48
9.1.10. Resultados qualitativos do Filipe durante o processo de intervenção.....	48
9.1.11. Conclusão.....	49
9.2. Estudo de caso 2 – Ana	49
9.2.1. Historial pessoal e familiar	49
9.2.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI	50
9.2.3. Calendarização dos apoios prestados	50
9.2.4. Avaliação Inicial	51
9.2.5. Plano de intervenção/Objetivos.....	56
9.2.6. Intervenção psicomotora.....	57
9.2.7. Estratégias de intervenção.....	58

9.2.8. Avaliação final.....	59
9.2.9. Análise comparativa dos objetivos	59
9.2.10. Resultados qualitativos da Ana durante o processo de intervenção.....	59
9.2.11. Conclusão.....	60
9.3. Estudo de caso 3 - Tiago.....	60
9.3.1. Historial pessoal e familiar	60
9.3.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI	60
9.3.3. Calendarização dos apoios prestados	61
9.3.4. Avaliação inicial	62
9.3.5. Plano de intervenção/Objetivos.....	65
9.3.6. Intervenção psicomotora.....	66
9.3.7. Estratégias de intervenção.....	66
9.3.8. Avaliação final.....	67
9.3.9. Análise comparativa dos objetivos	67
9.3.10. Resultados qualitativos do Tiago durante o processo de intervenção	67
9.3.11. Conclusão.....	68
10. Dificuldades e limitações/desafios	68
11. Contributo do psicomotricista.....	69
12. Atividades complementares	70
12.1. Seminário: “Nascer, Crescer e Aprender. Intervenção precoce: uma aliança entre família e técnicos.”	70
12.2. Instrumentos de avaliação.....	70
12.3. Reunião da ELI com HSX.....	71
12.4. Ações de formação e sensibilização.....	71
12.5. Campanha Pirilampo, 2013	71
12.6. Projeto Alicerces	71
Conclusão.....	73
Referências Bibliográficas	75
Anexos	IX

Índice de Tabelas

Tabela 1: Apresentação das Características mais comuns das crianças com SD (Bruni, 1998; Cunningham et al., 2012; Escribá, 2002; Gallahue & Ozmun, 2005; Stelet & Goulart, 2013; Turnpenny & Ellard, 2009.	16
Tabela 2: Apresentação dos problemas presentes no desenvolvimento das pessoas com SD (Cunningham et al., 2012; Escribá, 2002; Gallahue & Ozmun, 2005; Kumin, 1994)...	17
Tabela 3: Cronograma síntese das diferentes etapas do estágio.	22
Tabela 4: Horário final de estágio.....	23
Tabela 5: Número de horas parciais e totais de estágio, custos da instituição.	23
Tabela 6: Representação do número de apoios semanais por criança.	25
Tabela 7: Caraterização sucinta das crianças apoiadas no grupo AMG.	30
Tabela 8: Apresentação das respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe na fase da avaliação inicial na “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”.	41
Tabela 9: Apresentação do Plano de intervenção do Filipe e registo dos objetivos comportamentais.	42
Tabela 10: Apresentação das respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe na fase da avaliação final na “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”.....	47
Tabela 11: Apresentação do Plano de intervenção da Ana e o registo das aprendizagens adquiridas.	56
Tabela 12: Resultados obtidos no TMFM expressos em percentagem.	63
Tabela 13: Apresentação do Plano de intervenção do Tiago, registo dos objetivos comportamentais adquiridos.	65

Índice de Figuras

Figura 1: Representação gráfica do número de crianças e tipo de patologias e apoios, bem como as horas de apoios observados pela TEPM.	24
Figura 2: Número total de apoios, de contatos presenciais com a família e contatos presenciais com a família no início ou final dos apoios.	25
Figura 3: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.....	32
Figura 4: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.....	33
Figura 5: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.....	34
Figura 6: Fases do processo de intervenção.....	36
Figura 7: Representação gráfica do total de faltas realizadas, do tipo de apoio e total de apoios prestados pela TEPM.	36
Figura 8: Perfil de desenvolvimento inicial do Filipe segundo a “SGS”.....	39
Figura 9: Perfil Inicial e final do Filipe segundo “SGS”.	45
Figura 10: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção do Filipe.	48
Figura 11: Fases do processo de intervenção.....	51
Figura 12: Representação gráficas do total de faltas realizadas, do tipo e total de apoios prestados pela TEPM.	51
Figura 13: Perfil de desenvolvimento inicial da Ana segundo a “SGS”.....	52
Figura 14: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.....	59
Figura 15: Representação gráficas do total de faltas realizadas, do tipo e total de apoios prestados pela TEPM.	61
Figura 16: Fases do processo de intervenção.....	61
Figura 17: Perfil de desenvolvimento inicial do Tiago segundo a “SGS”.	62
Figura 18: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.....	67

Índice de Abreviaturas

AGDP - Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor
AMG- Atividade Motora Global
BPM - Bateria Psicomotora
CERCIOEIRAS – Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade
CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CD – Comportamento Desajustado
DID - Dificuldade Intelectual Desenvolvimental
EE – Educação Especial
ELI - Equipa Local de Intervenção de Oeiras
EPDM - Escala Peabody de Desenvolvimento Motor
F – Fisioterapia
FMH – Faculdade de Motricidade Humana
HSFX – Hospital São Francisco Xavier
IP - Intervenção Precoce
IPI - Intervenção Precoce na Infância
IPM – Intervenção Psicomotora
IPSS - Instituições Privadas de Solidariedade Social
JI – Jardim de infância
PEI - Programa Educativo Individual
PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce
PIPO - Programa de Intervenção Precoce de Oeiras
PM – Psicomotricidade
RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
SD – Síndrome de Down
SGS - The Schedule of Growing Skills II
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
TF – Terapia da Fala
TMFM - Teste de Medidas das Funções Motoras
TO – Terapia Ocupacional
TEPM – Técnica Estagiária de Psicomotricidade

Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do Mestrado em Reabilitação Psicomotora do ano letivo 2012/2013, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

No âmbito do RACP foi realizado o estágio profissionalizante que teve como objetivos gerais: (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbações e desordens/distúrbios), na sua vertente científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; (3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões & Brandão, 2012). Pretende-se ainda que a Técnica Estagiária de Psicomotricidade (TEPM) no final do seu estágio tenha desenvolvido competências ao nível da intervenção pedagógica-terapêutica, avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual, conceção e aplicação de programas de reabilitação psicomotora, e a identificação de fatores envolvimentoais que possam inibir o desenvolvimento, elaborando posteriormente as respetivas medidas (Martins, Simões & Brandão, 2012). Deste modo, espera-se que no final do estágio o psicomotricista adquira competências que lhe permitam desenvolver a sua atividade profissional de forma a se revelar uma mais-valia para a população em intervenção.

A atividade de estágio realizou-se na Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade, CRL. Oeiras (CERCIOEIRAS) mais especificamente na Equipa Local de Intervenção (ELI) de Oeiras, no domínio da Intervenção Psicomotora (IPM) e da Intervenção Precoce (IP). As intervenções foram realizadas no concelho de Oeiras em: estabelecimentos de educação pré-escolar, no centro de saúde de Paço d'Arcos, e nas instalações da CERCIOEIRAS.

As orientações deste estágio foram da responsabilidade da Professora Doutora Teresa Brandão da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) e da Psicóloga Alexandra Mendes, orientadora local da ELI de Oeiras.

O presente relatório de estágio encontra-se organizado em duas partes principais. Na primeira parte são abordados os aspetos relacionados com o - *Enquadramento da Prática Profissional* - no campo da psicomotricidade (PM) e da IP - e as patologias relacionadas com os estudos de caso apresentados (Comportamento Desajustado (CD) e Atraso da Linguagem, Prematuridade e Baixo Peso e Síndrome de Down (SD)). É ainda apresentada a caracterização da instituição.

A segunda parte é referente à - *Realização da Prática Profissional* - na qual é narrado o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, desde o processo de integração e adaptação à instituição, passando pela calendarização das atividades de estágio, o horário, as observações realizadas, a população apoiada (tendo sido utilizados nomes fictícios para salvaguardar a identidade das crianças) durante o período de estágio e a caracterização dos apoios. Segue-se ainda a apresentação dos instrumentos de avaliação aplicados pela TEPM no período de estágio, a descrição mais detalhada das práticas de estágio na intervenção em grupo e individual; e a apresentação de três estudos de caso. Finda com a referência às dificuldades e limitações/desafios sentidos durante o período de estágio, bem como os contributos da TEPM e as atividades complementares realizadas.

I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Os temas a abordar neste ponto do relatório dizem respeito a temáticas relacionadas com o tipo de intervenção que é realizado numa ELI e que enquadra a prática profissional da estagiária. Assim, será realizada uma revisão bibliográfica relativa à PM, à IP e à legislação em vigor em Portugal que regulamenta a IP. Serão apresentados alguns aspetos teóricos relativos às problemáticas apresentadas pelas crianças dos estudos de caso (Problemas da Linguagem e CD, Prematuridade e Baixo Peso e SD). Por fim, é feito o enquadramento teórico da instituição onde se realizou o presente estágio.

1. Psicomotricidade

A PM é alicerçada nas ciências médicas, psicológicas, neuro-psicológicas e pedagógicas (European Forum of Psychomotricity [EFP], 2012); sendo assim considerada uma **ciência transdisciplinar** (Fonseca, 2005, 2008), atual e em constante adaptação e antecipação (Hermant, 2003), “... **que estuda e investiga as relações e influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade**” (Fonseca, 2005, p. 25, 2008 p. 9).

O **psiquismo**, para Fonseca (2005), é o conjunto de processos mentais que envolvem sensações, percepções e emoções e a complexidade dos processos relacionais e sociais que possibilita a integração, a planificação, a regulação, o controlo e a monitorização da motricidade. Segundo o mesmo autor, a **motricidade** é o que sustenta e suporta as manifestações do psiquismo, sendo esta o conjunto de expressões verbais e não-verbais em que estão envolvidas as funções tónicas, posturais somatognósicas e práxicas.

Esta reciprocidade e interação conjunta existente entre psiquismo e motricidade, entre o indivíduo e o contexto (Lièvre & States, 2012), faz com que a PM olhe para o indivíduo não como a soma das partes (o motor, cognitivo, linguístico e tónico-emocional), mas como um ser uno, **holístico** (Boscaini, 2004; EFP, 2012) em que corpo e mente são indissociáveis, onde se integra o cognitivo, o emocional, o simbólico e corporal e o ser relacional e psicossocial (EFP, 2012).

Segundo Lièvre e Staes (2012), facilmente se reconhece a **pessoa como um ser psicomotor**, uma vez que qualquer uma das suas ações revela a manifestação conjunta das suas funções intelectuais, emocionais, motoras. E se por um lado é a ação que revela o ser psicomotor, também é através do movimento e da ação corporal do indivíduo que a PM se desenvolve (Núñez & Adelantado, 1999, 2007).

Muitas das **dificuldades psicomotoras** resultam de problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psico-afectivo (Martins, 2001). Esse **equilíbrio ou desequilíbrio psicomotor** são revelados através da ação, que divulga o consciente e o inconsciente e, quando em desequilíbrio, é revelada através de sintomas expressos em **indicadores** como: o tónus corporal, praxia, motricidade, equilíbrio, gnosias, esquema corporal, lateralidade, orientação espaço-tempo, ritmo, objeto, sensorialidade, entre outros, que nos indicam o nível de desenvolvimento psicomotor (Boscaini, 2004).

Podemos então dizer que quando esses indicadores revelam algum tipo de défice psicomotor é importante desenvolver um trabalho ao nível da IPM, para podermos proporcionar um bom desenvolvimento no indivíduo e, sendo o desenvolvimento psicomotor fundamental para o bem-estar global do ser humano, é de todo pertinente falar de uma **IPM**, segundo Vieira, Batista e Lapierre, 2005, **de carácter preventivo/profilático, educativo ou reeducativo/terapêutico**.

Atualmente **coexistem duas perspetivas de IPM**: a PM Instrumental e a PM Relacional (Aragón, 2007). A **PM Instrumental** considera o indivíduo de forma holística,

contudo centra-se essencialmente nos aspetos motores e cognitivos (Aragón, 2007). Por isso, utiliza um método de intervenção onde se destaca a interação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do meio envolvente, de forma a promover a exploração sensório-motora, e tendo como enfoque principal a intencionalidade e a consciencialização da ação (Martins, 2001). A **PM Relacional** caracteriza-se por uma valorização do lado mais afetivo-emocional, promovendo a expressão e comunicação corporal através da atividade motora livre e espontânea (Aragón, 2007), envolvendo fundamentalmente a problemática da gestão da identidade e da fusionalidade, favorecendo a expressão das pulsões do sujeito e um reinvestimento na pessoa adulta como uma segurança do desejo de inter-relação com o mundo (Martins, 2001).

As duas perspetivas apresentadas devem ser encaradas como **modelos complementares essenciais a uma boa intervenção**, devendo existir por parte do psicomotricista um trabalho integrativo de ambas, de modo a promover um ambiente lúdico, de exploração sensório-motora, de jogo simbólico e de representações, através do movimento e da regulação tónica (Martins, 2001).

Deste modo, a IPM procura estabelecer **respostas adequadas** que possam **colmatar as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas** (Martins, 2001), tendo como principais focos de intervenção o aspeto corporal, relacional e cognitivo (Fonseca, 2001; Martins, 2001) com vista a potenciar as capacidades do indivíduo ao nível da inteligência, comunicação, afetividade, socialização e aprendizagem, a partir do movimento e da ação (Núñez & Adelantado, 1999, 2007). Podemos assim considerar a IPM como uma abordagem global da pessoa, na medida em que **potencia a sua capacidade adaptativa, tornando-a mais flexível e harmoniosa dando à pessoa uma capacidade superior de interagir com o meio** (Martins, 2001; Lièvre & States, 2012).

Na sua prática interventiva a PM utiliza como **instrumentos** de trabalho **o próprio corpo, o espaço e o tempo** (Martins, 2001; Lièvre & States, 2012), i.e., o espaço de relação, o espaço físico, o tempo e os ritmos das sessões e os vários **objetos** disponíveis que são **prolongamentos e mediadores entre a pessoa e a relação** terapêutica, sendo também importantes para a criação de um espaço que se quer lúdico e de jogo (Martins, 2001).

O **corpo** é então o meio de expressão individual, um mediador de relações sociais, o centro de referências de orientação espacial (Naville, 2004), que permite readquirir o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica (Martins, 2001), conhecer de maneira concreta o seu ser e o meio onde está inserido e agir de forma adaptativa (Lièvre & States, 2012).

É através deste que experienciamos o mundo, que estabelecemos relações pessoais e emocionais (Akasha & Frimodt, 2003), sendo então o meio facilitador da construção e integração da nossa história, das nossas relações que ficaram gravadas no nosso consciente, músculos e posturas e que nos revela as nossas vivências, as dificuldades, as necessidades e as potencialidades (Boscaini, 2004; Rodríguez & Llinares, 2008). Assim funciona como um meio de comunicação com dois sentidos, i.e., **capaz de expressar, mas também capaz de integrar novas emoções e experiências que podem ser propostas de modo a criar modificações nas vivências que levem a melhorar a nossa vida** (Boscaini, 2004; Rodríguez & Llinares, 2008).

Na PM, o **movimento** é também considerado como o alicerce do desenvolvimento e maturação física, psíquica e intelectual do indivíduo (Ortega & Obispo, 2007; Ortega & Calle, 2001). Diversos autores fazem referência à indissociação do movimento e pensamento e a sua relação reversível (Núñez & Adelantado, 1999, 2007; Ortega & Obispo, 2007; Ortega & Calle, 2001), considerando que o **pensamento origina a ação e a ação constrói o pensamento**. Assim, se por um lado o pensamento está relacionado com a inibição, o controlo e a preparação do movimento, o movimento estabelece a relação e interação tanto a nível físico como social, ou seja, o movimento une aspetos

afetivos, motores e cognitivos (Núñez & Adelantado, 1999, 2007).

O corpo, a ação e o movimento são, assim, considerados os **elementos básicos do nosso conhecimento e compreensão do mundo** (Núñez & Adelantado, 1999, 2007).

1.1. Intervenção Psicomotora na infância

A IPM, como já referido anteriormente, baseia-se essencialmente na utilização do corpo, da ação, dos movimentos, do espaço e do tempo, o que fundamenta a afirmação de Lièvre e States (2012) ao referir que a prática psicomotora tem lugar em qualquer espaço e em toda a educação da criança, seja ela qual for.

As ações no espaço/movimento permitem estabelecer relações com os objetos, revelam a personalidade e as conexões que são estabelecidas para consolidar a identidade pessoal de cada um (Rodríguez & Llinares, 2008). Assim, quando uma criança joga, utiliza o seu corpo no espaço e tempo e revela a globalidade da sua personalidade (Lièvre & States, 2012), o que nos permite observar a sua forma de ser e estar no mundo e de como se relaciona com as pessoas e os objetos que estão ao seu redor e quais os seus transtornos psicomotores (Rodríguez & Llinares, 2008).

Podemos então dizer que o **jogo** não é apenas um instrumento importante para conhecer crianças, é também um meio para levá-las a vivenciar e experienciar situações que permitam fortalecer e desenvolver as suas competências nas diferentes áreas, ao nível motor, da cognição, realização e comunicação (Riaño, 2004; Rodríguez & Llinares, 2008). O jogo é um **mundo de descobertas** (do corpo, dos atributos dos objetos), uma oportunidade de comunicação e interação (Llinares & Rodríguez, 2003).

A IPM deve partir da realidade de cada um (Rodríguez & Llinares, 2008), partindo do movimento e da ação corporal no seu conjunto, com **experiências que devem começar o mais próximo possível do seu corpo** (Núñez & Adelantado, 1999, 2007).

Esta preferência pela função tónica prende-se pelo facto de: ser uma componente que suporta e guia o movimento neurofuncional; ser a essência e expressão de emoções do pensamento e da linguagem; e permitir a construção e integração da globalidade das competências no ser humano, assumindo assim uma função primordial no estabelecimento da interação com o mundo (Boscaini, 2003). Deste modo, é fácil perceber o porquê da IPM se basear fundamentalmente na mediação corporal, não fosse este um meio para que a criança seja capaz de reencontrar o prazer sensório-motor pelo uso do movimento e da regulação tónico-emocional (Martins, 2001).

A IPM desenvolve-se num **espaço lúdico e relacional** (Martins, 2001), com movimento, relaxação, expressão corporal e mímica, ritmo, música, pintura e atividades grafomotoras (Naville, 2004), com os **objetivos fundamentais** de promover o desenvolvimento da criança ao nível das capacidades sensitivas, percetivas, representativas (Núñez & Adelantado, 1999, 2007) simbólicas (Martins, 2001), bem como uma representação adequada da realidade e o desenvolvimento da linguagem como meio de comunicação e meio de reflexão e planificação da ação (Núñez & Adelantado, 1999, 2007). Pretende-se também desenvolver um trabalho securizante e de aquisição de maior independência no que se reporta ao adulto (Sánchez & Buitrago, 2008), promovendo maturação do controlo motor (postura, locomoção, movimentos amplos e precisos), da representação corporal e da coordenação espaço-temporal (Núñez & Adelantado, 1999, 2007).

A criança até aos **3 anos** encontra-se na fase de desenvolvimento do movimento, do controlo do corpo, das primeiras manifestações da comunicação e da linguagem, dos padrões elementares da convivência e relação social e a descoberta do contexto imediato (Sánchez & Buitrago, 2008).

Nesta faixa etária, a IPM baseia-se fundamentalmente na experiência e no jogo, num ambiente de afeto, cuidado e confiança, onde o corpo é estimulado de forma a

proporcionar diversas sensações, para que a criança comece a compreender e utilizar diferentes formas de comunicação, se descubra como um ser único e individual, seja capaz de direcionar os seus sentimentos e emoções e de descobrir o meio envolvente e aprenda a estruturar o pensamento (Sánchez & Buitrago, 2008).

Nas idades compreendidas entre os **3 e 6 anos**, a PM procura essencialmente desenvolver as suas capacidades ao nível do conhecimento do seu próprio corpo (parcial e totalmente) e das suas possibilidades de ação (perceptivas e motoras); observar e explorar o seu contexto natural, familiar e social, i.e., o conhecimento das suas características individuais e dos seus pares e adquirir uma progressiva autonomia nas suas atividades (Sánchez & Buitrago, 2008).

Nestas idades o corpo continua a ter uma importância fundamental pois, é este que permite a relação com o outro e com o mundo, e é desta interação que resulta a atualização dos conhecimentos cognitivos, afetivos e de relacionamento, responsáveis pelo desenvolvimento global da criança (Sánchez & Buitrago, 2008). Este é um processo gradual que advém da construção da identidade pessoal mediante o reconhecimento da própria individualidade em relação ao exterior e aos outros, da aquisição de regras sociais, hábitos e atitudes de cooperação que criam a capacidade de agir construtivamente com os outros e sentir-se parte integrante de um grupo (Núñez & Adelantado, 1999, 2007; Sánchez & Buitrago, 2008).

O **desenvolvimento da PM** nesta fase vai influenciar as futuras aprendizagens da criança (escolares: leitura, escrita, ...) (Ortega & Obispo, 2007), sendo da máxima importância trabalhar a transferência das diferentes competências adquiridas pela criança para a sua vida quotidiana, através da consciencialização desta acerca das suas capacidades, para que depois realize essa transferência utilizando os recursos que possui (Sánchez & Buitrago, 2008).

Ao nível da intervenção é importante considerar se a criança beneficiará mais de uma **intervenção individual** (assente numa relação dual entre técnico e a criança) ou **intervenção grupal** (baseada numa metodologia centrada no grupo) (Onofre, 2004). Segundo o mesmo autor, uma criança só deverá integrar um grupo se estiver preparada para receber e agir sobre o contexto. Contudo, é importante a sua integração no grupo, pois, para este autor, esta é uma estratégia educativa de referência.

O psicomotricista deve então ter um olhar abrangente e especializado, independentemente da idade da criança, para conseguir identificar as suas necessidades individuais, realizando uma intervenção específica para cada uma das crianças apoiadas, criando ambientes estimulantes, apelativos à exploração do espaço, ao jogo, à criatividade, a diferentes vivências, e assim, levar a uma capacidade adaptativa cada vez maior e melhor, consequentemente, a uma maior autonomia, de forma a alcançar os objetivos estabelecidos.

2. Intervenção Precoce

A IP surgiu nos Estados Unidos na década de 60, com uma atuação de caráter preventivo, tendo como objetivo principal a promoção do sucesso escolar em crianças que vivam em condições sociais desfavorecidas (Pimentel, 2005).

Influenciada por diversas teorias, a IP tem sofrido várias transformações ao longo dos tempos (Coutinho, 1999; Simões, 2004; Tegethof, 2007), e, no nosso entender, as teorias que mais influenciaram as mudanças encontradas na IP foram:

- O **Modelo Transacional de Sameroff e Chandler** (1975): que refere que o desenvolvimento da criança é o resultado das experiências e das interações, dinâmicas e bidirecionais da criança com a família e o meio (Sameroff & Fiese, 2000).

- **A Teoria dos Sistemas – Sistemas Sociais (Minuchin, 1975):** defende que a família é um sistema, dentro do qual se pode identificar diferentes subsistemas (referentes à idade, género, interesse e/ou função), na qual os elementos que a constituem detêm diferentes poderes, se influenciam e afetam mutuamente e atuam através de padrões transacionais (Minuchin, 1990).

- **O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979):** defende que o indivíduo é parte constituinte de um conjunto de sistemas (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) que se influenciam mutuamente e influenciam o seu desenvolvimento. Deste modo, é necessário conhecer o meio ecológico em que o indivíduo está inserido para que o seu desenvolvimento seja compreendido (Bronfenbrenner, 1979, 1994).

As perspetivas defendidas por estas três teorias influenciaram positivamente a inclusão da família no processo de intervenção, sendo a criança e a família atualmente consideradas elementos integrantes em todo este processo (Simões, 2004), logo, passou-se de uma intervenção centrada na criança (modelo médico) para uma **intervenção centrada na família** (modelo sócio-educativo) (Coutinho, 1999; Simões, 2004).

Deste modo, a IP é atualmente definida por Dunst (2007) como uma prática interventiva, que procura **promover o desenvolvimento e aprendizagem das crianças com deficiência e/ou risco do seu desenvolvimento e suas famílias**, através da prestação de um conjunto de serviços, apoios e recursos adequados às especificidades e necessidades de cada um e inseridos no seu contexto natural. Logo, **famílias, prestadores de cuidados e cuidadores primários, devem ser ajudados para que eles próprios sejam os autores e promotores do desenvolvimento na criança.**

2.1. Fundamentação da Intervenção Precoce

A IP é alicerçada pelos modelos anteriormente mencionados, mas também por alguns princípios fundamentais como podemos verificar seguidamente.

Segundo vários autores a **intervenção** deve ser **realizada o mais precocemente possível**, pois acreditam que quanto mais cedo se intervir, melhores e maiores resultados se vão verificar no desenvolvimento da criança (Nelson, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000) uma vez que esta, nos primeiros anos de vida apresenta uma **maior plasticidade cerebral** (Nelson, 2000) que a coloca numa fase de maior vulnerabilidade tanto a fatores positivos como negativos para o desenvolvimento (Nelson, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000). Para além disso, a criança encontra-se numa fase do desenvolvimento cerebral que a vai permitir fazer aprendizagens que estarão na base das aprendizagens futuras e, como tal, a aquisição ou falta de aquisição das mesmas terão influência direta no seu desenvolvimento (National Scientific Council on The Developing Child [NSCTDC], 2007).

Por outro lado, sabemos que todos os elementos da família influenciam direta e indiretamente o desenvolvimento da criança, o que nos leva a concluir, que a **intervenção centrada na família** permite potenciar o desenvolvimento da criança (Almeida, 2004; Pimentel, 2004; Simeonsson, 1996).

Além disso, devido à pluralidade e complexidade de problemas que uma criança e sua família poderão apresentar e como forma de capacitar este serviço para dar resposta às diferentes necessidades, pretende-se que as equipas de IP sejam multidisciplinares com um **funcionamento transdisciplinar** (Almeida, 2010; Serrano & Abreu, 2010; Hanson & Lynch, 1995).

Hanson e Lynch, (1995) referem que o modelo transdisciplinar é implementado através de uma equipa com técnicos de diferentes áreas que desenvolvem uma intervenção unificada e holística, em que o contacto com a família é efetuado apenas por

um dos elementos da mesma e, por cada criança que integra os serviços de IP é lhe atribuída um responsável de caso que implementa o plano e o coordena com outros serviços e recursos existentes.

2.2. Estatutos de risco

A população-alvo a atender, no âmbito da IP pode ser enquadrada em três grupos segundo uma classificação de tipologias de risco apresentado por Tjossem, em 1976, e largamente difundida. Assim o referido autor considera como crianças em condição de elegibilidade para o acompanhamento em IP, as que apresentem:

- **Risco estabelecido** – desenvolvimento atípico precoce, relacionado com patologias de etiologia conhecida, e o seu desenvolvimento ocorre dentro de certos parâmetros (e.g. SD, Paralisia Cerebral);
- **Risco biológico** – um risco aumentado de apresentarem um desenvolvimento atípico, devido ao facto de durante o período de pré, peri e/ou pós-natal, terem sido sujeitas a alguma situação que possa ter afetado o seu sistema nervoso central (e.g. deficiências nutricionais da mãe, problemas obstétricos, baixo peso à nascença, anóxia, entre outros);
- **Risco envolvental** – apesar de não terem nenhuma patologia associada, encontram-se privadas de diferentes estímulos e experiências envolventais (e.g. nutrição e/ou cuidados básicos) que poderão colocar em causa o seu desenvolvimento normal.

2.3. Intervenção Precoce na Criança e sua Família

Em situações de risco ou de atraso do desenvolvimento é possível, em IP, desenvolver ações no sentido de prevenir o aparecimento ou minimizar problemas associados à condição da criança (Coutinho, 2004). No entanto, para que os benefícios sejam efetivos é fundamental realizar uma intervenção precoce, planeada e de qualidade (Guralnick, 2005, 2006).

Assim, é fundamental que durante esse processo a criança e sua família sejam avaliados, pois é essa avaliação que nos indica qual o caminho a seguir, além de servir de ponto de referência para mensurar o sucesso da intervenção (Hanson & Lynch, 1995).

Geralmente a **criança é avaliada** por uma escala de *screening* ou rastreio e, se for detetado risco ou apresentar alguma perturbação no desenvolvimento que preencha os critérios estabelecidas pelo país, a criança poderá vir a beneficiar de um programa de IP, onde será realizada uma avaliação mais abrangente que ajude a planear a intervenção (Hanson & Lynch, 1995).

Segundo o **Modelo de Empowerment e Promoção de Competências da Família** de Dunst, Trivette e Deal (1988), a família é uma entidade singular com um estilo de funcionamento único, que apresenta necessidades, aspirações, pontos fortes e capacidades distintas e, dispõe de um apoio social que lhe fornece recursos diferentes (Dunst, 2000). Deste modo, para que se realize uma intervenção direcionada para a família, é necessário efetuar uma avaliação que permita: caracterizar a família, identificar as suas necessidades e preocupações, identificar e encontrar fontes de apoio (formal e informal) que possam responder às necessidades da família e a ajudem a identificar e utilizar os seus pontos fortes/forças, de modo a melhorar o seu funcionamento (Hanson & Lynch, 1995). Conhecer bem a família é um critério fundamental para que se consiga dar as respostas adequadas às suas necessidades reais, fazendo surgir novas competências familiares, que influenciarão positivamente o desenvolvimento da criança (Simões, 2004; Crnic & Stormshak, 1997; Fewell, 1986) e o mesmo será dizer que ao apoiar a família estaremos a contribuir para mudanças importantes no contexto natural da mesma.

As alterações do contexto são parte integrante e fundamental na IP, uma vez que é neste e deste que depende a maioria dos estímulos, experiências e interações que a

criança irá receber nos seus primeiros anos de vida e, segundo Shonkoff e Phillips (2000), a ausência dos mesmos poderá colocar em causa o bom desenvolvimento da criança. Deste modo, é importante criar ambientes seguros e enriquecedores que incentivem à exploração do espaço para que estes sejam promotores de um bom desenvolvimento (Guralnick, 2011; Shonkoff & Phillips, 2000).

Destas relações resulta a **intervenção em contexto natural** que, segundo McWilliam (2009, 2010), obedece à seguinte linha orientadora: (1) **compreender a ecologia da família** - aplicando o Ecomapa, podemos desenvolver uma relação com a família e perceber a quantidade e qualidade de apoios que tem; (2) implementar o **plano de intervenção funcional** - através da realização de uma Entrevista Baseada nas Rotinas; (3) prestar **serviços integrados** - fornecendo à família apoio semanal, através de um prestador de serviços primário que integra e é apoiado por uma equipa formada por diferentes profissionais; (4) realização de **visitas domiciliárias eficazes** - baseadas no apoio aos pais, a nível emocional, material e informacional; (5) efetuar apoio de **consultoria**, ao educador do ensino regular, quando a criança está integrada num contexto de creche ou jardim-de-infância.

Podemos então considerar que o sucesso de um programa de IP depende não só de uma avaliação e planificação adequada à criança e sua família, mas da cooperação e organização entre as diferentes entidades envolvidas no decorrer da intervenção, desde técnicos, serviços da comunidade e pais (Guralnick, 2001).

Na prática interventiva existem **quatro princípios importantes a ser considerados no âmbito da IP**, que são: (1) as interações precoces realizadas pela criança são fundamentais; (2) deve-se atuar de forma preventiva junto das crianças que possam vir a desenvolver problemas resultantes de alguma deficiência; (3) é fundamental identificar e procurar dar respostas adequadas às necessidades e prioridades familiares das crianças com alguma deficiência ou em risco; e (4) a IP cria benefícios para a sociedade ao promover a integração da criança no ensino regular e, como tal, contribui para a contenção de custos (Hanson & Lynch, 1995).

Deste modo, ao considerarmos todos os princípios que move e caracteriza a IP, podemos considerar como principais **objetivos** deste serviço Bailey e Wolery (1992, cit. por Thurman, 1997):

- Ajudar as famílias na realização dos seus próprios objetivos;
- Promover a competência e a autonomia da criança;
- Promover o desenvolvimento da criança seguindo certos domínios-chave;
- Facilitar e apoiar o desenvolvimento das competências sociais da criança;
- Promover a generalização das suas capacidades;
- Proporcionar e preparar para experiências de vida normalizadas;
- Prevenir futuras dificuldades;
- Dispor de informação, apoio e assistência às famílias referentes aos cuidados a ter com a criança;
- Promover a competência parental na facilitação do desenvolvimento da criança e na defesa dos seus direitos;
- Fomentar interações efetivas entre pais, família e criança para que se desenvolvam sentimentos mútuos de competência e satisfação.

2.4. Enquadramento Legal em Portugal

A IP em Portugal, sofreu uma mudança com Despacho-Conjunto 891-99, pois este veio salientar a importância da família e do seu envolvimento no processo de

intervenção levando a alterações fundamentais no seu modo de atuar (Simões & Brandão 2010).

O Despacho-Conjunto 891-99 foi substituído, a 6 de Outubro de 2009, pelo Decreto-Lei 281/2009 e, desde essa data, a IP passou a ser formada por um conjunto de identidades institucionais (da área da saúde, ação social e educação) e familiares, que desenvolvem um trabalho de apoio integrado de forma preventiva e reabilitativa junto da criança e sua família.

Este apoio destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento, que limitem a sua participação em atividades esperadas para a sua idade, bem como as suas famílias (Decreto-Lei 281/2009).

O Decreto de Lei nº 281/2009 vem reforçar a importância da IP para a integração e bem-estar da criança e sua família, bem como a necessidade de dar uma resposta mais uniformizada e adequada a nível nacional. Nesse sentido, foi constituído em **Portugal o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) que tem como objetivos:**

(1) Garantir a proteção dos direitos e o desenvolvimento das crianças, através de ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em Portugal;

(2) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento, e intervir de acordo com as necessidades do contexto familiar de modo a prevenir ou reduzir o risco do atraso do desenvolvimento;

(3) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;

(4) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

No SNIPI estão envolvidos os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e o da Educação, a cada ministério são conferidas determinadas competências, devendo estes articular entre si, através da coordenação do SNIPI, em colaboração direta com as famílias (Decreto de Lei nº 281/2009).

A Legislação prevê a criação das **ELI's**, estas são constituídas por elementos designados pela comissão de coordenação regional, que intervêm a nível municipal e **têm como funções** (Decreto de Lei nº 281/2009):

a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;

b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;

c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;

d) Elaborar e executar o Programa Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação;

e) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;

f) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;

g) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;

h) Articular com os docentes das creches e Jardim de Infância (JI) em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IP. (Decreto de Lei nº 281/2009).

2.5. Plano Individual de Intervenção Precoce

O Decreto de Lei nº 281/2009 refere o PIIP, que consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar, bem como na definição das medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições. Nele devem constar quais os recursos e necessidades da criança e da família, os apoios a prestar, a data do início da execução do plano e do período provável da sua duração, a periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias e os procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar. O PIIP deve articular-se com o Plano Educativo Individual (PEI), aquando da transição de crianças para a frequência de JI ou escolas básicas do 1.º ciclo (Decreto de Lei nº 281/2009).

2.6. O papel do Psicomotricista na Intervenção Precoce

De acordo com o mencionado anteriormente, uma equipa de IP, deve ser constituída por elementos de áreas diferentes, devido à complexidade e diversidade de problemas que a criança e a sua família podem apresentar. Nesse sentido, uma equipa em que exista, entre outros técnicos, um psicomotricista poderá beneficiar dos seus conhecimentos ao nível da abordagem no âmbito da IPM.

Sabemos então que a PM é uma área de conhecimento que aborda o ser humano de uma forma holística e que desenvolve um trabalho junto das crianças no sentido de promover o desenvolvimento psicomotor, tão importante para a aquisição de novas aprendizagens quer no seu imediato, quer em aprendizagens futuras das crianças (escolares: leitura, escrita, ...), bem como na construção da sua identidade, autonomia e vinculação, (...) o que se adequa aos princípios fundamentais da IP. Assim, o psicomotricista dispõe de uma bagagem que lhe permite avaliar não só a criança mas também a sua família, intervindo segundo o modelo atual da IP centrada na família.

3. Enquadramento teórico das patologias dos estudos de caso

Nesto ponto do relatório apresenta-se as patologias abordadas apenas nas crianças dos estudos de caso (CD e Atraso na Linguagem, Prematuridade e Baixo Peso e SD).

3.1. Comportamento desajustado

O CD define-se como todo o comportamento em que a criança coloca a sua integridade ou a de outrem em risco, podendo levar a dificuldades a nível familiar e social (The Challenging Behaviour Foundation [TCBF], 2014). A criança não domina esses comportamentos e estes frequentemente ocorrem devido à sua incapacidade de comunicar; alguns desses comportamentos podem pautar-se por agressão, autoagressão, comportamentos estereotipados ou comportamentos disruptivos e destrutivos (TCBF, 2014).

A origem dos CD pode advir de fatores biológicos (e.g. temperamento, subnutrição e perturbações cognitivas e de linguagem, dificuldades de aprendizagem não-verbais, problemas de integração sensorial e das funções executivas) e ambientais (e.g. fatores familiares e estilo parental, exposição à violência) (Kaiser & Rasminsky, 2003).

O CD pode surgir em qualquer criança, mas nem todas as crianças que vivem nestes contextos adversos apresentam este tipo de comportamentos (Kaiser & Rasminsky, 2003), sendo indicado como possível causa a capacidade de resiliência que cada criança apresenta (Masten & Coatsworth, 1998).

Antes de mais, o comportamento é desajustado para a própria criança, na medida

em que coloca em risco a sua aprendizagem, podendo levar ao insucesso escolar e a relações instáveis entre os pares. Como, por vezes, a criança ainda não domina totalmente o seu comportamento acaba por adotar respostas inadequadas, apesar de ter consciência da resposta correta ou então pode acontecer também a realização da resposta desajustada por não saber qual a atitude a tomar, o que é devido à criança ainda se encontrar imatura no que respeita ao domínio das suas emoções e ações; por isso é que a alteração de comportamento é um grande desafio para a criança (Kaiser & Rasminsky, 2003).

O comportamento da criança, provavelmente também é desajustado para quem faz parte do seu contexto (e.g. pares, família e professores) na medida em que, quando o comportamento acontece, essas pessoas sentem que falharam, sem saber como ultrapassar o problema e como levar a criança a adequar o seu comportamento (Kaiser & Rasminsky, 2003).

O CD não se manifesta no mesmo grau, existem crianças que assumem estes tipos de comportamento como sendo eficazes, estando assim colocado em causa o seu envolvimento social, a sua aprendizagem e o seu bem-estar e do outro (Kaiser & Rasminsky, 2003).

Alguns dos comportamentos observados nestas crianças caracterizam-se por (Paasche, Gorrill, & Strom, 2010): (1) perturbar o outro, ser impulsivo, desorganizado e/ou distrair-se com facilidade; (2) revelar-se inquieto, irritável, ansioso, fazer birras (comportamento explosivo); (3) apresentar défice de atenção, ser incapaz de terminar a tarefa, baixa capacidade de concentração; (4) queixar-se e chorar frequentemente; (5) tentar chamar a atenção através de determinados comportamentos; (6) ser teimoso, evitar contacto visual, chorar facilmente; (7) não interagir com os colegas, brincar sozinho; (8) autoconfiança diminuída; entre outras.

3.2. Atraso na linguagem

A Linguagem permite que duas ou mais pessoas comuniquem de forma simples, processo este que inclui uma fase de receção da mensagem, em que há a necessidade de a descodificar - linguagem compreensiva – e a fase de expressão, em que formulamos a mensagem e a codificamos - linguagem expressiva (Kumin, 1994).

A criança com atraso da linguagem pode apresentar problemas que vão desde a linguagem oral à escrita, da compreensão à produção, que podem levar ao desenvolvimento de perturbações ao nível intelectual, da memória, da aprendizagem, do comportamento, da motricidade e da linguagem, prejudicando de forma abrangente todas as suas relações sociais (Rigolet, 2009).

O atraso da linguagem pode ser adquirido ou desenvolvimental (APA, 200), e está frequentemente associado a algumas dificuldades ao nível da motricidade global e fina (e.g. manter-se em apoio unipedal, abotoar); uma aquisição mais tardia do jogo simbólico (uma maior dificuldade em jogar ao faz de conta); maior imaturidade no desenho, evidenciando um comportamento que na gíria se costuma denominar de “abebezado” e com voz dita “mimada”; observa-se uma preferência pelas rotinas e por determinadas brincadeiras e grafismos, vendo esta atitude como uma forma de autoproteção; além disso, é frequente a associação de hiperatividade e défice de atenção, instabilidade emocional e algumas perturbações do comportamento (Rigolet, 2009).

As consequências que advêm do atraso da linguagem são múltiplas e divergem de acordo com o grau e tipo de atraso, podendo levar a um grave comprometimento do desenvolvimento emocional, cognitivo e social, sendo estas consequências transversais, não afetando apenas a criança, mas também o seu núcleo familiar (mãe, pai, casal, outros filhos) (Rigolet, 2009).

3.3. Intervenção na criança com comportamentos desajustados e atraso na linguagem e sua família

Como podemos verificar os CD e o atraso na linguagem estão muitas vezes associados, em ambas os casos estas perturbações afetam não só a criança como a sua família, uma vez que existe uma interação dinâmica entre eles. A presença das duas problemáticas na mesma criança leva a supor que o impacto negativo na família seja superior. Assim, a IP deve realizar um trabalho que permita desenvolver competência na família de forma que esta seja um instrumento facilitador em todo o processo de intervenção.

Durante o processo de IP devem ser respeitadas as características da família, as suas prioridades e expectativas, de forma que estas sejam ajustadas à realidade, i.e., aquilo que a criança é capaz de alcançar (Rigolet, 2009; Kaiser & Rasminsky, 2003). Um dos focos da IP também deverá passar por ajudar a família a ultrapassar qualquer sentimento de culpa, que possa estar associado às dificuldades da criança, respeitando sempre o ritmo da mesma (Rigolet, 2009; Kaiser & Rasminsky, 2003).

3.3.1. Intervenção na criança com comportamentos desajustados

No que reporta mais especificamente à intervenção no CD é importante delinear os comportamentos que pretendemos ver alterados, procedendo-se à organização e adaptação dos espaços e contextos nos quais a criança está inserida. Na intervenção devem ser concretizadas atividades que vão ao encontro da preferência da criança, nas quais esta seja bem-sucedida (evitar a exposição à frustração), utilizando atividades lúdicas, diversificadas em que a criança toma um papel mais ativo ou passivo (Kaiser & Rasminsky, 2003).

A intervenção pode ser feita em pequeno ou em grande grupo, indo sempre de encontro dos comportamentos que queremos alterar, dando a oportunidade à criança de exprimir os seus sentimentos e pensamentos, com um adulto em que confie, utilizando linguagem assertiva (Kaiser & Rasminsky, 2003).

Assim, permitimos que a criança desenvolva relações cada vez mais adequadas com os pares e seja capaz de resolver os seus problemas utilizando as respostas mais eficazes (empatia, controlo de impulsos, resolução de problemas e de conflitos, controlo da raiva, assertividade, entre outros) (Kaiser & Rasminsky, 2003).

A IPM neste tipo de população recorre frequentemente ao simbolismo, de modo a permitir a libertação de tensões (e.g. sob a forma de agressividade verbal, gestual e física), demonstrando que existem outras formas de comunicar sem recorrer à agressividade (Llinares & Rodríguez, 2003).

Em caso de conflito com os pares, deve ser dada a oportunidade para dialogar acerca do assunto, num espaço especificamente criado para tal, sendo que o foco da hostilidade deverá ser direcionado para o material, em que o cumprimento das regras deve ser tido em conta, assim como um trabalho que permita a consciencialização dos limites corporais (Llinares & Rodríguez, 2003).

Algumas crianças recorrem à agressividade para iniciar uma interação, por apresentarem poucas estratégias comunicativas. No caso de a agressão ser dirigida ao adulto com o objetivo de chamar a sua atenção, o psicomotricista deve mostrar disponibilidade corporal e deve modelar a sua conduta; se a criança se autoagride para chamar a atenção recomenda-se que o comportamento seja ignorado, respondendo apenas quando o pedido da criança for realizado de forma adequada, a não ser que esteja em causa a sua integridade física (contenção física) (Llinares & Rodríguez, 2003).

3.3.2. Prática psicomotora e o desenvolvimento das funções comunicativas

No que reporta à IPM em crianças com atraso da linguagem deve-se iniciar a intervenção com um trabalho essencialmente sensório-motor, que possibilite a exploração de diversas sensações (permitindo mais capacidade de expressão); passando também pela exploração do jogo pré-simbólico com evolução para o mais complexo (Llinares & Rodríguez, 2003). À medida que a criança desenvolve a ação, esta deve ser acompanhada por uma linguagem cada vez mais rica, iniciando em sons simples, passando para palavras e terminando num discurso mais complexo que permita valorizar os jogos (Llinares & Rodríguez, 2003). Este discurso deve ser estimulado pelo técnico e a criança gradualmente irá interiorizá-lo, tornando-o cada vez mais natural e pessoal (Llinares & Rodríguez, 2003).

Assim, na IPM privilegia-se a potenciação da comunicação e expressão do indivíduo, tanto para garantir a sua integração no meio no qual está inserido, como a sua formação como pessoa autónoma e ativa socialmente (Llinares & Rodríguez, 2003).

3.4. Prematuridade e Baixo Peso

A World Health Organization (WHO) (2013) define prematuro como sendo toda a criança que nasce de uma gravidez inferior a 37 semanas. Esta organização sub-classifica a criança prematura, tendo como base a idade gestacional e, sendo assim, se uma criança nasceu com menos de 28 semanas é considerada extremamente prematura, se nasceu entre as 28 e as 32 semanas é muito prematura e se nasceu entre as 32 e as 37 semanas é moderado a pré-termo tardio.

Na maioria das vezes não se identifica a causa do nascimento prematuro mas, nas situações em que se identifica, as mais comuns são: gestação gemelar, infeções e doenças crónicas (e.g. diabetes e pressão arterial), existe também uma influência genética, (WHO, 2013) e há quem refira ainda a idade materna, o número de gestações e o intervalo gestacional, a demografia, (Vaz, 1986), causas socioeconómicas, comportamentais, a atenção médica (Araújo, Pereira & Kac, 2007), má formação uterina, prematuridade induzida (Bloch, Lequien & Provasi, 2003), entre outras.

Uma **criança com baixo peso**, independentemente da idade gestacional (Gallahue & Ozmun, 2005), é sub-categorizada em: extremo baixo peso quando pesa 999 g ou menos ao nascer, baixo peso quando pesa entre 1000-2499 g ao nascer e normal quando pesa acima de 2500g (WHO, 2010). Um acentuado baixo peso demonstra que ocorreram problemas durante o desenvolvimento fetal (Bloch et al., 2003), levando a um atraso de crescimento intra-uterino, sendo que as consequências futuras na criança se encontram diretamente relacionadas com o grau desse atraso do crescimento intra-uterino e o tempo de gestação (Gallahue & Ozmun, 2005).

As causas apontadas para os nascimentos de baixo peso, segundo Gallahue & Ozmun, 2005, são: uma nutrição inadequada e o consumo de drogas durante o tempo de gestação.

Geralmente as crianças de baixo peso sobrevivem com pouca ou nenhuma deficiência ou problemas associados e conseguem atingir os índices de crescimento das outras crianças da mesma idade em alguns anos. No caso destas crianças, a mensuração da altura, peso e desenvolvimento motor antes dos dois anos não se têm demonstrado significativos para prever o crescimento e desenvolvimento futuros (Gallahue & Ozmun, 2005).

Segundo Gallahue e Ozmun (2005), devido ao processo de crescimento autorregulador é possível atenuar os desvios mais fundamentalmente na fase neonatal e na infância mas, no entanto, quando uma criança passou por experiências nutritivas continuadas e rigorosas e crianças com peso inferior a 1,5 Kg quase sempre padecem de défice permanente na altura e no peso, assim como no seu desenvolvimento cognitivo e

motor.

Tanto a criança prematura, como a de baixo peso, apresentam risco acrescido de desenvolver problemas de saúde (Gallahue & Ozmun, 2005), o que nos leva a concluir que a junção destas duas situações na mesma criança poderá potencializar e agravar o grau de problemas de saúde desenvolvidos pela mesma.

As crianças nascidas prematuramente são consideradas uma população heterogênea, tendo como fatores de diferenciação, a idade de nascimento, as características morfológicas, o peso à nascença, os riscos que afetam a probabilidade de sobrevivência e as deficiências particulares (Bloch et al., 2003). Normalmente apresentam problemas neurodesenvolvimentais (Arpino et al., 2010), imaturidade nos órgãos sensoriais: sensorio-motores, auditivos, visuais, táteis e vestibulares, resultando na privação de determinadas experiências sensoriais (Matos, 2009).

Dentro das possibilidades de desenvolvimento de uma criança prematura, podemos considerar que existe um maior risco de esta vir a apresentar problemas de desenvolvimento e maior propensão para doenças (Arpino et al., 2010; Bloch et al., 2003; Ishii, Miranda, Isotani & Perissinoto, 2006; Matos, 2009).

Baseando-nos em vários autores apresentaremos as diferentes complicações desenvolvimentais e de saúde que uma criança prematura poderá vir a desenvolver.

Entre as diversas complicações desenvolvimentais, as crianças prematuras poderão vir a apresentar alguns problemas no se reporta ao seu desenvolvimento a longo prazo ao nível de: (1) crescimento; (2) desenvolvimento psicomotor; (3) dificuldades de aprendizagem, de linguagem e interação social; (4) problemas de coordenação motora global e fina (esta última pode resultar em dificuldades na manipulação de objetos que exijam grande agilidade, refletindo-se no comprometimento ao nível da escrita, do desempenho escolar e da realização das atividades da vida diária); (5) locomoção; (6) défice cognitivo e físico, hiperatividade e défice de atenção; (7) perturbações neurosensoriais - deficiência auditiva e deficiência visual (e.g. erro de refração, estrabismo, decréscimo da acuidade visual e retinopatia da prematuridade, sendo esta última a mais comum); (8) competências sociais e problemas de conduta; (9) perturbações emocionais e psiquiátricas; e (10) do sistema respiratório (p.e. asma) (Arpino et al., 2010; Bloch et al., 2003; Davidson & Harrison, 1997; Gallahue & Ozmun, 2005; Jaakkola et al., 2006; O'Connor, Wilson & Fielder, 2007; Plantinga, Perdock & Groot, 1997; Valente & Seabra-Santos, 2011; Volpe, 2009).

Assim, o desenvolvimento de uma criança que nasceu prematura pode ser pautado por alguns problemas, não restritos ao período neonatal.

3.4.1. Intervenção na criança prematura e com baixo peso e sua família

O impacto da prematuridade e baixo peso ao nível do desenvolvimento infantil, como pudemos constatar anteriormente, pode ser bastante diversificado e, segundo Gallahue & Ozmun (2005), tanto a criança prematura, como a de baixo peso, apresentam risco acrescido de desenvolver problemas de saúde.

Os problemas inerentes à condição da criança que nasceu prematura e com baixo peso podem ser minimizados através da IP, pois ao se desenvolver uma intervenção centrada na criança e na família, iniciando-se o processo de intervenção com uma avaliação adequada à criança e sua família, é possível desenvolver uma intervenção que respeite, potencie e responda às necessidades das mesmas (Decreto-Lei 281/2009).

Baseado em diferentes autores, informações e estudos científicos realizados a crianças prematuras e suas famílias, Silva (2002), refere que o desenvolvimento da criança é plurifacetado e diretamente relacionado com fatores biomédicos e ambientais. Por isso, a família tem grande influência no desenvolvimento da criança, podendo realizar uma função de suavização dos efeitos das lesões pós-natais, ou exacerba-los (Silva, 2002), sendo por isso importante intervir no seio familiar ao nível interno e externo (Crnic

& Stormshak, 1997). A família deve ser vista como principal instrumento de intervenção e deve receber apoio segundo as suas necessidades e apoio social que tem disponível, mesmo quando isto não é expressamente pretendido (Crnic & Stormshak, 1997), podendo ser implementados programas de intervenção que incluam técnicas de treino de interação pais-crianças e formação parental sobre o desenvolvimento, por exemplo (Sandall, 1991).

Além disso, podemos então referir que o acompanhamento deverá ser imediato e continuado, não só pelos fatores ambientais, mas também pela fase de maior maturação cerebral que a criança vive como nos refere Nelson (2000), mas também porque estas crianças ficam privadas de movimentos e estímulos durante o tempo em que se encontram na incubadora (Gallahue & Ozmun, 2005).

No PIIP devem ainda ser consideradas as diferentes áreas de desenvolvimento uma vez que, quando uma área está comprometida isso irá refletir-se nas outras áreas e, por isso, segundo Gallahue e Ozmun (2005), quando a área motora está comprometida, isso irá refletir-se não só no domínio motor da criança, mas também nos domínios cognitivos, afetivos e comportamentais.

A IPM deve ser motivadora, desenvolvida num contexto interativo, social, afetivo, motivacional, mediado pelo adulto, deve assim ser pautada pela realização de múltiplas atividades e conteúdos, que deverão ser adequados às competências e motivações, ritmos e interesses da criança (Escribá, 2002).

A IPM deve caracterizar-se por uma intervenção que se adequa às características específicas da criança, realizando atividades lúdicas, jogos que levem ao sucesso, mas sem desmotivar. Considerando a privação do movimento e de estímulos como possíveis alterações ao nível sensorial, devem ser realizadas atividades e jogos que proporcionem diferentes vivências de forma a promover o seu desenvolvimento global (Lièvre & Staes, 2012).

Assim, o acompanhamento de bebés prematuros no âmbito de um programa de intervenção apresenta-se como sendo bastante eficaz, pois permite uma monitorização do desenvolvimento da criança e consequente prevenção e minimização de possíveis dificuldades que possam estar associadas à prematuridade (Schapira et al., 2008).

3.5. Síndrome de Down

A SD foi descrita pela primeira vez, em 1866, pelo DR. Langdon Down, de onde deriva a sua nomenclatura, mas a sua origem cromossómica apenas foi identificada por Lejeune, em 1959 (Turnpenny & Ellard, 2009). Sabe-se então que a SD resulta de uma anomalia cromossómica numérica devido à presença de três cromossomas no par 21, em vez de dois, por isso esta é também conhecida como trissomia 21 (Cunningham et al., 2012; Seeley, Stephens, & Tate, 2001; Turnpenny & Ellard, 2009), e tem uma incidência de 95% dos casos, 4 % deriva da translocação e 1% do mosaicismo (Turnpenny & Ellard, 2009).

No que se refere às causas da SD, apenas existe referência cientificamente provada no que se reporta à relação direta entre a idade da mãe e o número de crianças que nascem com esta patologia, i.e. quanto mais idade tiver a mãe mais probabilidade há de a criança nascer com SD (Cunningham & Costa, 2008).

Segundo Escribá (2002), existe uma grande diversidade de patologias associadas à SD, no entanto elas não se encontram presentes em todas as crianças, exceto a hipotonia neonatal e a dificuldade intelectual. O autor refere ainda que na SD existem características físicas que se mantêm visíveis ao longo do tempo (e.g. prega palmar única, a borda superior da orelha dobrada e a braquicefalia), outras vão-se alterando e, outras ainda podem surgir ao longo do tempo (e.g., a língua fissurada e as anomalias dentárias).

As características e problemas de saúde associados à SD são vários e, após recolha entre vários autores, são apresentados na seguinte tabela algumas das características mais referenciadas na literatura uma vez que, segundo Cunningham e Costa (2008), existem pelo menos 50 características diferentes.

Tabela 1: Apresentação das Características mais comuns das crianças com SD (Bruni, 1998; Cunningham et al., 2012; Escribá, 2002; Gallahue & Ozmun, 2005; Stelet & Goulart, 2013; Turnpenny & Ellard, 2009).

Características mais comuns das crianças com SD
<p>Período neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none">- Grave hipotonia, sonolência, excesso de pele na nuca;
<p>Craniocéfalia:</p> <ul style="list-style-type: none">- Menor volume cerebral; crânio pequeno; tronco cerebral e cerebelo pequenos; braquicefalia; pregas epicânticas; fendas palpebrais inclinadas para cima; língua com fissuras, hipertrofia papilar, hipotonia intensa e proeminência; orelhas, queixo e boca pequenos; ponte nasal achatada; cabeça pequena com região occipital achatada;
<p>Membros:</p> <ul style="list-style-type: none">-Braços e pernas curtos; prega palmar única (surge em 50%), falange média do quinto dedo pequena, dedos curtos, espaço maior entre o primeiro e segundo dedos dos pés, mãos e pés pequenos, ligamentos e articulações frouxas;
<p>Anomalias cardíacas congénitas (surgem em 40-50%):</p> <ul style="list-style-type: none">-Defeitos nos septos arterial e ventricular, canal artério-ventricular comum, persistência do duto arterioso;
<p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none">-Anomalias gastro- intestinais; maior incidência de leucemia e doença tiroideia; imperfuração anal e duodenal; doença Hirschsprung; baixa estatura; problemas dentários e de visão (e.g. estrabismo); e pele sem elasticidade.

O comportamento de uma criança com SD, segundo Escribá (2002), caracteriza-se por: iniciativa reduzida no início da tarefa; inconsistência na realização das tarefas; distração derivada de pequenos estímulos ambientais excesso de atividade motora.

A criança com SD, tal como qualquer criança, tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento, pontos fortes e fracos e necessidades particulares, que devem ser respeitados (Stelet & Goulart, 2013). Deste modo, o seu desenvolvimento (tabela 2) está dependente de diferentes aspetos: físicos, de saúde, cognitivos, bem como dos estímulos exteriores (Stelet & Goulart, 2013) que devem ser considerados.

Tabela 2: Apresentação dos problemas presentes no desenvolvimento das pessoas com SD (Cunningham et al., 2012; Escribá, 2002; Gallahue & Ozmun, 2005; Kumin, 1994).

Desenvolvimento comum das pessoas com SD
Problemas visuais e auditivos: (influenciam o rendimento escolar e a integração escolar, social e profissional)
Problemas respiratórios
Problemas cardíacos (obstáculo ao desempenho psicomotor dado que não podem fazer esforços físicos exagerados)
Ligamentos frouxos (maior amplitude do movimento ao nível das articulações)
Membros mais curtos e mãos pequenas
Atraso no desenvolvimento psicomotor (resultante de muitos dos problemas e características mencionados anteriormente): - Atraso no aparecimento e inibição de reflexos primitivos e posturais; - <u>Hipotonia e hiperflexia;</u> - <u>Atrasos na aquisição de marcos motores</u> (e.g. controlo da cabeça; rolar; sentar; gatinhar; manter-se em pé; andar) dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual; seguir movimentos de objetos com os olhos, agarrar argolas suspensas; passar objetos de uma mão para outra; encontrar objetos escondidos debaixo de um pano; colocar três ou mais objetos dentro de uma caixa; construir uma torre de cubos; copiar um círculo; equilíbrio; controlo corporal; lateralidade, entre outros.
Cognição: - Competências intelectuais com valores de QI de 25-75%, sendo que a média em adultos está entre 40-45 %.
Atraso na linguagem (normalmente apresentam uma maior capacidade de compreensão - capacidade recetiva - do que de expressão - capacidade expressiva.
Competências sociais: - Competências sociais relativamente bem desenvolvidas, em que a grande maioria das crianças são alegres e carinhosas; - Grande maioria apresenta competências sociais 3 a 4 anos acima do esperado para a sua idade cronológica.
Caraterísticas físicas: - Adultos medem cerca de 150 cm. - Na ausência de graves anomalias cardíacas (que causam a morte de 15-20% dos casos) a esperança média de vida é de 50-60 anos. - Maioria dos adultos desenvolve doença de Alzheimer.

3.5.1. Intervenção na criança com síndrome de Down e sua família

As características e o desenvolvimento de uma criança com SD, considerando o espectro alargado que referenciamos anteriormente, poderão ser bastante divergentes de criança para criança uma vez que, como nos referem Stelet e Goulart (2013), cada criança tem o seu ritmo e apresenta diferentes caraterísticas.

Deste modo, as crianças com SD devem usufruir de um programa de IPno qual se deve desenvolver um trabalho com a família no sentido de aconselhar e informar relativamente aos cuidados, à saúde, às atividades lúdicas a realizar com o seu filho, assim como fornecer informações referentes ao seu desenvolvimento e evolução (Troncoso, Cerro, & Ruiz, s.d.).

Assim, deve ser elaborado um PIIP onde devem constar uma sucessão de objetivos de forma a ocorrer a aquisição de determinadas competências (Troncoso & Cerro, 2004), especialmente motoras básicas, como por e.g., sentar, caminhar (Gallahue & Ozmun, 2005), mas também outras como falar, para que estas sejam alcançadas de forma adequada, uma vez que a maioria das aprendizagens que uma criança normalmente realiza de forma autónoma, não se verifica na criança com SD, a menos que sejam estimuladas (Troncoso & Cerro, 2004).

Além destes objetivos, Escribá (2002) menciona que segundo Arnaiz (1992) os objetivos fundamentais a trabalhar com crianças com SD são: a consciencialização corporal; motricidade global e fina; orientação espaço-temporal; coordenação motora; equilíbrio estático e dinâmico; lateralidade e respiração.

No PIIP devem ainda ser consideradas outras diferentes áreas do desenvolvimento, tais como: autonomia, cuidados de higiene, linguagem, competências motoras globais e finas, competências sociais e cognição (Troncoso, Cerro, & Ruiz, s.d.).

A família é fundamental em todo o processo de intervenção e o técnico deve estar consciente de que cada família é única e apresenta especificidades que devem ser respeitadas, além de incentivadas (Troncoso, Cerro & Ruiz, s.d.). O contexto da criança deve ser familiar, afetivo e estimulante (aspetos primordiais para que se consiga o desenvolvimento supremo da criança) (Troncoso, Cerro & Ruiz, s.d.).

Os primeiros anos de vida são fundamentais pois, se devidamente estimulada, a criança obterá um maior e melhor desenvolvimento, devido à plasticidade cerebral que é superior em idades mais precoces (Nelson, 2000). É então importante estimular a criança até porque a ausência de estímulo pode resultar numa ainda maior lentificação do desenvolvimento da criança (Gallahue & Ozmun, 2005).

A IPM deve ser motivadora, desenvolvida num contexto interativo, social, afetivo, motivacional, mediado pelo adulto, devendo ser pautada pela realização de múltiplas atividades e conteúdos, que deverão ser adequados às competências e motivações, ritmos e interesses da criança (Escribá, 2002).

Durante a intervenção com crianças com SD, o jogo tem um papel preponderante, pois permite interagir com o outro, os objetos e com a própria pessoa, de forma lúdica (Escribá, 2002).

Jogando a criança: realiza atividades espontâneas que supõem a manifestação de determinados mecanismos que estão na base de um desenvolvimento corporal harmonioso; descobre-se a si própria e ao mundo que a rodeia e revela a sua personalidade; estimula a criatividade, a comunicação, a socialização, a assimilação, a cooperação, aceitação e a participação; aprende; desenvolve as capacidades cognitivas (através de novas experiências que proporcionam a possibilidade de alcançar o sucesso ou falhar, a possibilidade de resolver situações-problema (Escribá, 2002).

Importa mencionar que, quando a criança revela hipotonia, deverão ser realizadas técnicas de massagem e mobilização adequadas para que, através de um processo de ativação muscular, da pressão e ritmos dos movimentos, se possa favorecer o aumento do tônus e se obtenha um estado de alerta adequado (Drehobl & Fuhr, 2000).

4. Enquadramento Institucional

A CERCIOEIRAS, instituição onde se concretizou o presente estágio, é uma Cooperativa de Solidariedade Social e de Utilidade Pública, criada em outubro de 1975. A sua fundação deveu-se a um grupo de pais e Técnicos de Reabilitação descontentes com

o atendimento prestado aos seus familiares com Dificuldade Intelectual Desenvolvimental (DID)¹. A CERCIOEIRAS pauta a sua atuação pela procura cada vez maior da humanização dos serviços prestados às pessoas com DID e seus familiares, através da implementação de métodos e técnicas científicas e de funcionários especializados (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade, CRL. Oeiras, [CERCIOEIRAS], 2009, 2010).

Esta cooperativa rege-se por valores como: o respeito pela pessoa, a qualidade e a excelência, a cooperação, a responsabilidade social, a inovação e o *empreendedorismo* e a responsabilidade ambiental. Tendo como campo preferencial de atuação o concelho de Oeiras, onde procuram que haja uma maior e melhor inclusão das pessoas com DID na comunidade. Atuam junto dos clientes e famílias, ao longo da vida, procurando dar resposta às suas necessidades e expectativas dos seus familiares, com vista à habilitação e reabilitação, para uma melhor autonomia e qualidade de vida através de vários serviços: a Escola de Educação Especial, o Lar Residencial, os Serviços de Apoio Domiciliário, o Gabinete de Apoio Domiciliário, o Gabinete de Apoio à Família, o Centro de Recursos para a Inclusão, o Banco de Equipamentos e Tecnologias e a ELI de Oeiras (CERCIOEIRAS, 2009, 2010). Esta última resposta social é abordada de um modo mais pormenorizado, uma vez que foi neste âmbito de ação que se realizou este estágio profissionalizante.

4.1. Equipa Local de Intervenção de Oeiras

Apesar de a IP existir na CERCIOEIRAS desde 1998, como Programa de Intervenção Precoce de Oeiras - PIPO, é a partir de Setembro de 2011 que integra a ELI de Oeiras do SNIPI. A ELI de Oeiras foi constituída em cumprimento do Art.º 7º do Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, e rege-se pelas disposições constantes do respetivo Regulamento Interno e Protocolo de constituição e pelas normas regulamentadoras e orientações emitidas pela Comissão de Coordenação do SNIPI (CERCIOEIRAS, 2009, 2010).

A intervenção da ELI é efetuada no concelho de Oeiras, dirigida a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como, crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. Estas podem beneficiar da intervenção na sua residência, ama, creche, estabelecimento de educação pré-escolar, centro de saúde de Paço d'Arcos (Sede administrativa da ELI), Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) ou CERCIOEIRAS, em horário a definir, tendo em atenção as necessidades da família e a atividade profissional (o serviço encerra no mês de agosto para férias) (CERCIOEIRAS, 2009, 2010).

A ELI de Oeiras é constituída por cinco docentes do Ministério da Educação (sendo que uma delas é a coordenadora da ELI), uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e uma Médica de Saúde Pública, ambas do Ministério da Saúde, e por cinco técnicas da CERCIOEIRAS (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social): uma Terapeuta Ocupacional, uma Fisioterapeuta, uma Psicóloga, uma Técnica de Serviço Social e uma Terapeuta da Fala (CERCIOEIRAS, 2009, 2010), sendo que durante o ano anterior recebeu pela primeira vez um estágio de Psicomotricidade.

A ELI de Oeiras reúne no Centro de Saúde de Oeiras, nas primeiras e terceiras terças-feiras de cada mês, onde são realizados essencialmente os seguintes trabalhos: receção das sinalizações e entrada na equipa das crianças e delegação do Técnico Responsável de Caso; discussão de casos e resolução de questões burocráticas e organizacionais. Além destas reuniões da ELI de Oeiras, as técnicas da CERCIOEIRAS

¹ Conceito que vem substituir o de Deficiência Mental, Deficiência Intelectual, por serem considerados termos desatualizados e estigmatizantes, segundo Morato e Santos (2007)

reúnem nas restantes terças-feiras para discussão de casos e resolução de questões burocráticas e organizacionais, relacionadas também com o funcionamento da instituição em si.

A ELI de Oeiras é uma equipa pluridisciplinar, que apesar de caminhar para o funcionamento transdisciplinar, muitas das suas ações ainda estão assentes num modelo multidisciplinar.

O serviço realizado por esta entidade é especializado e gratuito e a 5 de Junho de 2012, apoiava cerca de cento e vinte cinco crianças. Esta entidade tem parcerias institucionais com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (CERCIOEIRAS), da Saúde (Agrupamento de Centros de Saúde Oeiras / Carnaxide) e da Educação (Agrupamento de Escolas Conde de Oeiras) (CERCIOEIRAS, 2009, 2010).

Nos diferentes serviços prestados pela CERCIOEIRAS trabalham diferentes técnicos, entre eles três técnicos de PM, no entanto nenhum deles faz parte desta ELI. Contudo, esta reconhece a importância de um técnico na equipa e demonstra conhecer quais as suas competências, facto que a leva a aceitar estágios em PM.

4.2. Relação com outros contextos de intervenção e comunitários

A CERCIOEIRAS tem a preocupação de procurar trabalhar na comunidade e com a comunidade e, para tal, ao longo do ano desenvolve diferentes e inúmeras iniciativas que promovam essa integração, como “Caminhada Mágica”, “Jogos sem fronteiras”, “Intercentros: Caminhada em cadeira de rodas”, “Seminários”, formações diversas, entre outros,... Estas iniciativas procuram envolver clientes e os seus familiares, comunidade local, instituições e parcerias (CERCIOEIRAS, 2009,2010).

Existe também uma preocupação de divulgação da instituição e das suas iniciativas agendadas ou já realizadas, das terapias utilizadas, os seus benefícios, entre outros, divulgação esta que é realizada na sua página na Internet, no *facebook*, na publicação trimestral da “Newsletter”, e em entrevistas a jornais locais e nacionais (CERCIOEIRAS, 2009,2010).

Esta instituição mantém acordos de cooperação com o Ministério da Educação, com o Instituto Nacional de Reabilitação, com a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares, e com a Câmara Municipal de Oeiras. Além disso, estabeleceu apoios e patrocínios com instituições como, a Prosonic, Entreeajuda, Ideias e desafios, Fundação Galp Energia, Fundação Portugal Telecom, SONAE - Sociedade Nacional de Estratificados, entre outros (CERCIOEIRAS, 2009,2010).

A CERCIOEIRAS mantém ainda parcerias com a FENACERCI - Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social, a Fundação Aragão Pinto, o Agrupamento de Escolas de São Bruno, o Agrupamento de Escolas Conde de Oeiras, o Agrupamento de Escolas Oeiras e São Julião da Barra, o Agrupamento de Escolas Linda-a-Velha e Queijas, a Orquestra de Câmara Portuguesa, o Agrupamento de Escolas de Paço de Arcos, o Agrupamento de Escolas de Carnaxide, o Agrupamento de Escolas de Carnaxide – Portela, o Banco Espírito Santo, o QUIZSUITE - Insight Generator, a Opticas - Optica Médica, o Contact - Criamos Ligações, a Master Dental e o Sector3 - Consultadoria de Gestão (CERCIOEIRAS, 2009,2010).

II. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste ponto do presente relatório será descrito o processo de adaptação à instituição, a calendarização das atividades de estágio, o horário, as observações realizadas, a população apoiada durante o período de estágio e a caracterização dos apoios. Seguindo-se ainda a apresentação dos instrumentos de avaliação aplicados pela TEPM no período de estágio, a descrição mais detalhada da intervenção em grupo e individual e a apresentação de três estudos de caso. Por fim, é referência às dificuldades e limitações/desafios sentidos durante a atividade de estágio, bem como os contributos da TEPM e as atividades complementares realizadas.

5. Estrutura global do estágio

5.1. Integração na instituição

A 17 de outubro de 2012 foi estabelecido o primeiro contacto com a instituição – CERCIOEIRAS – concretizando-se uma reunião com as Orientadoras de estágio, na qual foram fornecidas as primeiras diretrizes de como se processaria o estágio.

No dia 23 de outubro de 2012 foi realizada a primeira reunião do PIPO em que a TEPM esteve presente. Nesta ficou estabelecido que os membros da equipa iriam ponderar sobre quais os possíveis casos que poderiam vir a ser acompanhados pela TEPM e, como forma de integração na equipa, foram estabelecidos os primeiros horários de observação e quais os apoios que a TEPM iria acompanhar.

A primeira reunião na ELI ocorreu a 6 de novembro de 2012, onde se procedeu à apresentação da TEPM à restante equipa e vice-versa.

A atribuição de casos foi realizada de forma gradual, sendo estabelecido que em nenhum dos casos a estagiária TEPM seria a responsável nem seria a única técnica a intervir com a família/criança, para que fosse possível haver um maior acompanhamento/apoio.

A integração na equipa da ELI de Oeiras e do PIPO implicava que a TEPM desempenhasse um papel autónomo ao nível da planificação e realização dos apoios, na gestão do seu horário (tendo em consideração a sua disponibilidade, a da família e da instituição se fosse o caso), fosse assídua e pontual, realizasse as deslocações entre os apoios pelos seus próprios meios, efetuasse os planos de intervenção, realizasse o registo dos apoios através do preenchimento do documento “Monitorização de apoios” e da “Ficha de Registo de Intervenção” de cada apoio realizado, estabelecesse os contactos necessários com as famílias, transmitisse as informações relevantes ao técnico responsável, participasse nas reuniões da ELI d Oeiras e do PIPO, expondo sempre que se justificasse os seus casos de intervenção as suas dúvidas e incertezas e seguisse as orientações das coordenadoras.

A TEPM tinha ao seu dispor os processos de todos os casos a acompanhar, podendo consultá-los sempre que necessário, podendo utilizar as instalações e material da CERCIOEIRAS sempre assim se justificasse, sendo-lhe concedido o direito de reembolso das suas despesas de deslocação mediante apresentação de recibo e almoçar gratuitamente na CERCIOEIRAS.

5.2. Calendarização das atividades de estágio

As atividades de estágio iniciaram a 17 de outubro de 2012 e terminaram a 30 de maio de 2013, mas em junho (dias 12 e 13) a TEPM ainda realizou duas reuniões de pais. Durante este período foi efetuada uma interrupção letiva no período da Páscoa de 25 a 29 de abril de 2013. Para além das férias, a TEPM faltou duas vezes, uma devido a uma reunião no HAFX com a equipa da ELI de Oeiras e a outra devido a uma reunião extraordinária da ELI de Oeiras.

5.3.1. Cronograma do estágio

Considerando a calendarização supramencionada, foram sendo desenvolvidas as diferentes atividades de estágio seguindo uma lógica coerente de modo a que este fosse o mais funcional possível. Por esse motivo o estágio passou por diferentes etapas, quer a nível prático como teórico, como se poderá verificar na tabela seguinte.

Tabela 3: Cronograma síntese das diferentes etapas do estágio.

2012															2013						2014		
Meses																							
10	11	12	01	02	03	04	05	06	10	11	12	01	02	03									
Prática profissional																							
Integração na equipa/Observação ²																							
Reuniões de Equipa PIPO e ELI																							
Apoio em PM																							
Avaliações e Relatórios Iniciais																							
Colaboração na Elaboração de PIIPs																							
Planeamentos e Relatório de Intervenção																							
Avaliações Finais																							
Colaboração na (Re)avaliação de PIIPs																							
Relatórios Síntese																							
Análise dos Resultados																							
Fundamentação da prática profissional																							
Redação do Relatório																							
Revisão da Literatura																							
Entrega do Relatório																							

5.3.2. Horário de estágio

O horário de estágio foi sendo ajustado ao longo do período de intervenção de acordo com as necessidades sentidas, fornecendo a resposta mais adequada às crianças que iam sendo atribuídas para apoio em PM.

² A Observação foi feita essencialmente nestes dois meses, no entanto ao longo do tempo de estágio pontualmente foram realizadas outras observações.

Na tabela 4 poder-se-á observar o horário final de estágio que a TEPM realizou, onde estão representados os horários das crianças apoiadas e quais os estudos de caso que serão abordados posteriormente no presente relatório de estágio, das reuniões da ELI de Oeiras ou PIPO do tempo de deslocação e espera para um novo apoio.

Tabela 4: Horário final de estágio.

Horas	2ª feira	3ª feira	4ª feira
08h30 – 09h00			Estudo de caso (Ana)
09h00 – 09h30		Estudo de caso	
09h30 -10h00			
10h00 -10h30	Estudo de caso		
10h30 -11h00			
11h00 – 11h30			Estudo de caso
11h30 – 12h00			
12h00 - 12h30			
12h30 – 13h00			
13h00 – 13h30			
13h30 – 14h00			
14h00 – 14h30			
14h30 – 15h00			
15h00 – 15h30			
15h30 – 16h00			
16h00 – 16h30			
16h30 – 17h00			

Legenda:

- Apoio Ricardo
- Deslocações
- Apoio Ana
- Tempo de espera para próximo apoio
- Apoio Gabriel
- Apoio Filipe
- Reuniões da ELI ou PIPO
- Apoio grupo Atividade Motora Global (AMG) (apoio Ana)
- Apoio Tiago
- Apoio Tadeu

Além do horário que podemos observar (tabela 5) foram realizadas outras atividades, tais como: observações, reuniões com pais, reuniões para falar do AMG, entre outros, que pelo facto de serem realizadas pontualmente não puderam integrar o horário.

Na tabela seguinte poder-se-á observar o número de horas dedicadas às principais atividades realizadas no período de estágio e de quanto foi o reembolso efetuado pela instituição à TEPM.

Tabela 5: Número de horas parciais e totais de estágio, custos da instituição.

Atividades	Nº de horas	Despesas apresentadas
Apoios individuais	80h	
Apoios no grupo	24h	
Reunião de pais e equipa	81h	
Observação	52h	
Deslocação entre instituições	31h	67 € Custo
Tempo de espera entre os apoios	75h	
Total	342h	

Além das atividades de intervenção, a TEPM concretizou outras atividades que fizeram parte da dinâmica própria da CERCIOEIRAS: (1) colaboração no seminário organizado pela instituição; (2) apresentação de instrumentos de avaliação da família em IP; (3) levantamento e organização dos instrumentos de avaliação da equipa PIPO; (4) colaborou na modificação da “Ficha de Desempenho Individual” do grupo de AMG; (5) venda de Pirlampos num estabelecimento comercial em Algés.

5.4. População apoiada

5.4.1. Observação de apoios

Durante o presente estágio foi proporcionada à TEPM a possibilidade de observar diferentes populações-alvo, em diferentes apoios e com técnicos distintos. Na figura 1 estão representados os apoios em IP que a TEPM observou. Podemos verificar então que foram observadas 33 crianças distribuídas pelas terapias do seguinte modo: 11 apoios em TO, 13 apoios em F, 12 apoios em TA, 7 apoios em EE, preenchendo um total de 43 horas de apoios observados.

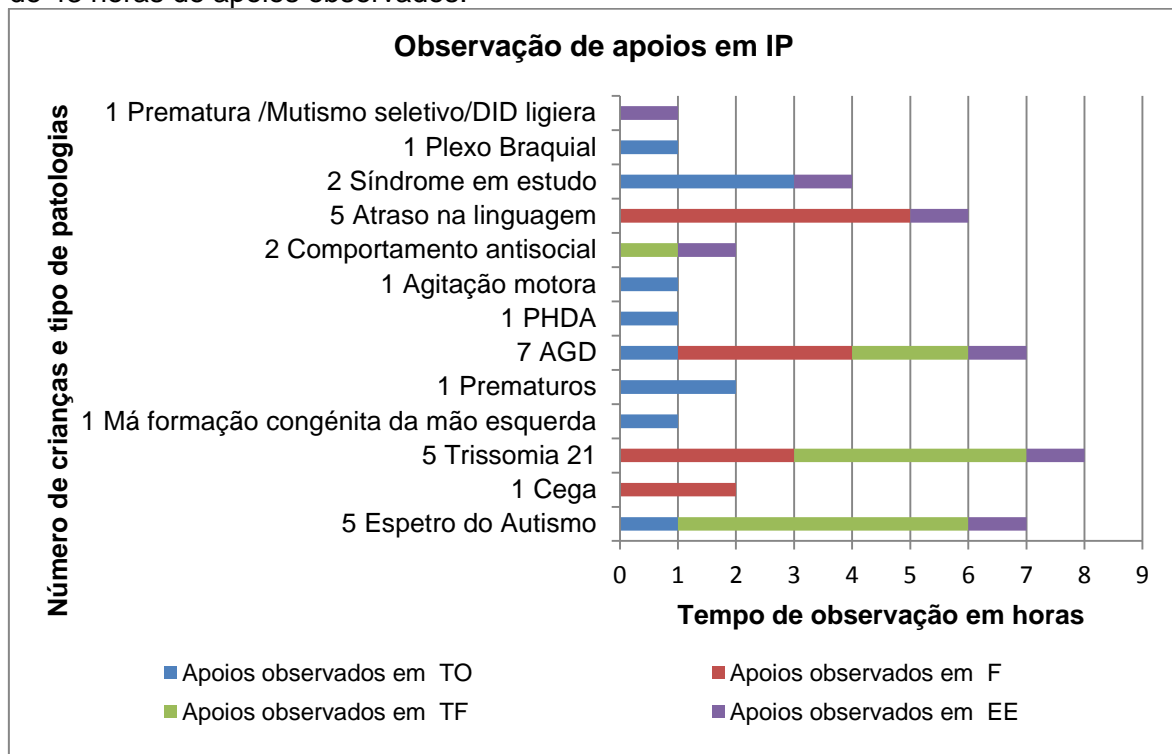


Figura 1: Representação gráfica do número de crianças e tipo de patologias e apoios, bem como as horas de apoios observados pela TEPM.

Além das crianças observadas em IP, a TEPM observou sete crianças em apoios no CRI, sendo que quatro delas tiveram apoio de TO em hidroginástica e as restantes três crianças usufruíram de apoio em F. Para além dos apoios, a TEPM observou uma reunião com pais e técnicos de uma criança com perturbações do espectro do autismo, no total foram 6 horas de observação. A TEPM observou ainda o apoio de três grupos de adultos, dois dos quais (oito pessoas com multideficiência) realizaram um apoio cada em F, e o outro grupo era constituído por quatro adultos (com perturbações do espectro do autismo e DID) e realizaram apoio em PM no meio aquático, sendo no total 3 horas de apoio em adultos. No total foram observadas 41 crianças e 12 adultos, perfazendo um total de 52 horas de observação.

5.4.2. Caracterização dos apoios

Ao longo das atividades de estágio, além dos apoios individuais, a TEPM realizava apoio conjunto com as técnicas de TO e F no grupo AMG (as características do grupo serão apresentadas posteriormente, nos capítulos referentes à intervenção em grupo).

No que se reporta aos apoios individuais, foram apoiadas pela **TEPM 6 crianças em apoio individual**, 5 das quais eram do **género masculino**, sendo apenas 1 do **género feminino**. As suas **idades**³ variavam **entre os 11 meses e 5 anos**, sendo a idade **média de 3 anos e 4 meses**. As **crianças apoiadas** apresentavam como **diagnóstico** as seguintes patologias: (1) atraso no desenvolvimento e na linguagem e comportamentos desajustados; (2) alterações nas funções ou estruturas do corpo – malformação congénita; (3) alterações nas funções ou estruturas do corpo – AGDP; (4) alterações nas funções ou estruturas do corpo – motor, linguagem e comunicação, por prematuridade, muito baixo peso à nascença e complicações neonatais; (5) SD; e (6) perturbações do espectro do autismo.

À exceção de 2 casos, a TEPM acompanhava casos que também tinham apoio em outra área de intervenção. Num dos casos, a criança apoiada recebeu alta da técnica de Terapia da Fala (TF) em meados do período de estágio, ficando a ser apoiada apenas pela TEPM; no outro caso coexistem, para além da TEPM, o apoio de mais dois técnicos: as técnicas TF e de Educação Especial (EE).

Tabela 6: Representação do número de apoios semanais por criança.

Nº de apoios	1	2	3	4
Nº de crianças	1	2	2	1

Na tabela 6 pode-se verificar o número de apoios semanais proporcionados pela ELI a cada criança acompanhada pela TEPM, à data do término do estágio.

Durante o estágio duas crianças receberam apoio em PM bissemanal e quatro em apoio semanal, cada apoio teve a duração de 45 minutos. No final do estágio foram realizados 139 apoios (contando com observações e avaliações), 15 reuniões com pais (contactos diretos presenciais com a família, não contabilizados nos apoios) e 69 contactos com familiares no início ou fim do apoio (normalmente estes contactos ocorriam com a chegada dos pais, avós e criança ao JI ou, no caso do grupo, com a chegada ou a saída do grupo AMG).

Na figura 2 poder-se-á observar o número de apoios em PM que cada criança realizou, bem como os contactos presenciais com familiares referentes a reuniões com exceção do Tiago em que a mãe esteve presente em todos os apoios e no da Ana em que a mãe esteve presente em dois apoios e o pai esteve também presente num deles, (nestes dois casos os contactos com as famílias estão contabilizados nos apoios, uma vez que foram realizados em horário de apoio).

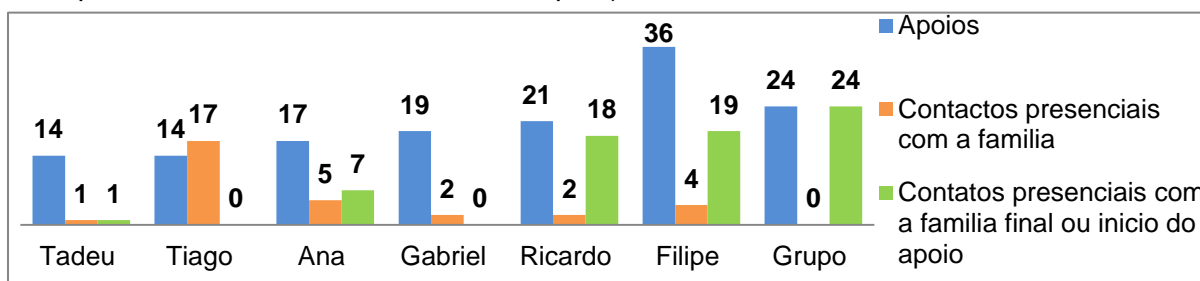


Figura 2: Número total de apoios, de contatos presenciais com a família e contatos presenciais com a família no início ou final dos apoios.

³ Idades referentes ao início dos apoios em PM.

A atribuição dos apoios foi realizada de forma gradual. As primeiras duas crianças iniciaram os apoios em novembro de 2012 e as últimas duas crianças iniciaram os apoios em fevereiro de 2013.

Assim que os casos eram atribuídos à TEPM, a responsável de caso entrava em contacto com família e com a educadora de sala do JI (se a criança estivesse integrada no JI). Em alguns casos, a TEPM estabeleceu um primeiro contacto com a família antes de conhecer a criança, outras vezes o processo ocorreu em sentido inverso. Nos casos em que o PIIP não estivesse elaborado ou necessitasse de uma nova revisão, este era realizado pela TEPM em colaboração com a técnica responsável de caso.

Os apoios foram maioritariamente realizados em JI (alguns apoios foram em contexto de sala JI e outros em sala cedida pelo JI para a realização do apoio), os restantes foram realizados nas instalações da CERCIOEIRAS (na sala da TF e no ginásio (apoio ao grupo AMG). Como os locais de apoio eram diversificados, as condições para os mesmos também, quer a nível de espaço, quer a nível de materiais disponíveis.

O Tiago recebeu apoio na sala de TF da CERCIOEIRAS, onde a mãe esteve sempre presente e, pontualmente, também estiveram presentes a avó e o irmão. A Ana realizou apoio no ginásio do JI, onde era previsto os pais estarem presentes, contudo essa situação só ocorreu duas vezes e, por último, no ginásio da CERCIOEIRAS era realizado o apoio do grupo AMG. O Filipe beneficiou de apoio inicialmente numa sala cedida pelo JI para o efeito e, posteriormente em contexto de sala JI. O Ricardo usufruiu dos seus apoios no ginásio do JI. O Gabriel teve a maioria dos apoios em sala cedida pelo JI e alguns apoios em contexto de sala de JI. O Tadeu beneficiou dos apoios numa sala cedida pelo JI.

A intervenção em PM iniciou-se com as avaliações informais e formais, sendo posteriormente identificadas as áreas fortes e menos fortes, realizados os planos de intervenção, traçados os objetivos, procedendo-se à planificação e realização dos apoios, sendo sempre consideradas as preocupações da família, as dificuldades da criança, os seus gostos e motivações, sempre com base nos dados recolhidos nos diferentes contextos da criança e nas avaliações efetuadas.

Deste modo, foi realizada uma intervenção psicomotora específica para cada criança, existindo apoios mais estruturados que outros. No entanto, todas mantiveram a especificidade da IPM através da utilização de atividade motora intencional e das dinâmicas corporais, utilizando como recurso o jogo e a atividade lúdica.

Considerando o tempo de estágio, o facto de nem todas as crianças começarem a usufruir do apoio em PM no início do mesmo, levou a que não fosse possível realizar uma avaliação formal pré-pós intervenção em todos os casos, uma vez que o tempo de intervenção de alguns destes foi inferior a seis meses (tempo estabelecido pela CERCIOEIRAS para a aplicação da reavaliações).

Às famílias, após o consentimento destas aos educadores, foram entregues: os PIIP, os planos de intervenção (onde constavam as áreas de intervenção, os objetivos, os indicadores e estratégias de intervenção a serem realizadas pelos familiares), os relatórios de avaliação e os relatórios sínteses (elaborado pelos técnicos que intervinham com a criança onde era descrita sucintamente a intervenção efetuada ao longo do ano).

6. Instrumentos de avaliação

No sentido de fornecer a resposta mais adequada a cada um dos casos, foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação de modo a que fosse efetuada uma recolha de informação que possibilitasse o estabelecimento de objetivos que colmatassem as dificuldades da criança.

Neste sentido, tornou-se necessário recorrer a vários instrumentos: **Bateria Psicomotora** (BPM) (Fonseca, 2007); **“Escala Peabody de Desenvolvimento Motor”** (EPDM) (Folio & Fewell, 2000); **“Schedule of Growing Skills II”** (SGS) (Bellman,

Lingam, & Aukett, 1996) - segundo norma da CERCIOEIRAS todas as crianças são avaliadas por este teste; **Teste de articulação verbal** (Guimarães, 1998); **“Teste de Medidas das Funções Motoras”** (1989); **Guia Portage de Educação** (Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard, 1976); **“Ficha de Registo do Comportamento da Criança”**⁴ (elaborada pela TEPM baseada em diferentes instrumentos de avaliação).

Apesar de a intervenção se basear em todos os instrumentos de avaliação aplicados a cada criança, nem todos os testes foram aplicados exclusivamente pela TEPM. Deste modo, segue-se uma breve apresentação dos instrumentos por esta aplicados.

6.1. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

A **BPM de Vítor da Fonseca** foi validada para a população Portuguesa em 1975, tendo como população alvo **crianças dos 4 aos 12 anos**, e caracteriza-se por ser um instrumento apoiado por um conjunto de provas que permite reconhecer a presença ou ausência de **défices funcionais em termos psicomotores**, de forma **qualitativa e quantitativa** (Fonseca, 2007).

Esta avaliação compreende aspetos relacionados com a assimilação sensorial e preceptiva que, estando diretamente relacionada com a capacidade de aprendizagem da criança, **permite** potenciar o **entendimento de problemas de comportamento e de aprendizagem apresentados pelas crianças** (Fonseca, 2007).

A BPM é um instrumento de avaliação que procura traçar o perfil intra-individual da criança, através de diferentes atividades onde avalia os sete fatores psicomotores: a **tonicidade**, - o nível do estado de tensão muscular, que pode variar entre eutónico (estado normal), hipotónico (baixo nível de tensão muscular) e hipertónico (alto nível de tensão muscular), a **equilíbrio** - controlo da estabilidade corporal, a **lateralização** - especialização de um dos hemisférios, manifestada na preferência pela utilização de um dos lados do corpo (lado dominante), a **noção do corpo** - reconhecimento da estrutura do corpo, dos seus diferentes constituintes e posição postural do próprio corpo e do outro, a **estruturação espaço-temporal** - noção de distância e noção de tempo, a **praxia global** - movimento intencional que envolve a totalidade do corpo e a **praxia fina** - movimento intencional onde estão envolvidos especialmente as mãos e os dedos, fatores estes subdivididos pelas três unidades funcionais de Luria (Fonseca, 2007).

Através da aplicação da BPM obtém-se uma pontuação total e uma pontuação para cada fator psicomotor. Esses valores podem corresponder a um **perfil apráxico** (ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta e descoordenada), **dispráxico** (realização fraca com dificuldades de controlo), **eupráxico** (realização completa, controlada e adequada) ou **hiperpráxico** (realização perfeita, precisa e com facilidade de controlo) (Fonseca, 2007).

6.2. Escala Peabody de Desenvolvimento Motor

A EPDM desenvolvida por Folio e Fewell, no ano de 2000, é um instrumento que procura avaliar o desenvolvimento motor através de tarefas motoras finas e globais de crianças até aos 71 meses.

Esta escala é constituída pelas subescalas: **reflexos**, que avalia até aos 12 meses, a capacidade de reagir automaticamente aos eventos do ambiente (ex.: reflexo da marcha, reações de proteção); **habilidades posturais**, que avalia até aos 71 meses, a habilidade de ajustar o corpo ao centro de gravidade e controlar o equilíbrio (e.g., controlo da cabeça, tronco e posição ortostática); **habilidades de locomoção**, que avalia

⁴ Ver Anexo 1 - Exemplo de “Ficha de registo do comportamento da criança”

até aos 71 meses, a capacidade de se mover de um lugar para o outro (e.g., rolar, arrastar, gatinhar, etc.); **manipulação de objetos** avalia dos 12 aos 71 meses, a competência de lançar, agarrar e chutar a bola. Estas subescalas constituem a componente **motora global** e as restantes a componente **motora fina**, sendo esta constituída pela **manipulação fina**, que avalia até aos 71 meses, a capacidade de utilização das mãos: desde a capacidade de segurar um objeto até a capacidade de executar ações que envolvem o controlo da utilização dos dedos e das duas mãos; e a **integração visuo-motora**, que avalia até aos 71 meses, a capacidade da criança em utilizar competências perceptivo-visuais para desempenhar tarefas complexas de coordenação óculo-manual (alcançar, agarrar, construir com blocos, copiar, etc) (Folio & Fewell, 2000).

A **avaliação** é realizada de forma **qualitativa**, mas também **quantitativa** podendo obter-se resultados expressos em três domínios: quociente motor fino, quociente motor global e quociente motor total, que podem ser classificados em vários níveis: **“muito bom”**, **“bom”**, **“acima da média”**, **“médio”**, **“abaixo da média”**, **“fraco”** e **“muito fraco”** (Folio & Fewell, 2000).

6.3. The Schedule of Growing Skills II

A **SGS** é uma escala de **avaliação do desenvolvimento infantil de referência à norma** fundamentada essencialmente nas sequências de desenvolvimento descritas pela Dra. Mary Sheridan que **avalia** o desenvolvimento da criança **dos 0 aos 60 meses** (Bellman et al., 1996).

A escala é constituída por 179 itens que se encontram subdivididos por nove **capacidades**: Posturais Passivas, Posturais Ativas, Locomotoras, Manipulativas, Visuais, Audição e Fala, Fala e Linguagem, Interação Social, Sociais de Autonomia. Alguns dos itens das subescalas das Capacidades Manipulativas, Visuais e de Interação Social permitem avaliar as capacidades cognitivas da criança (Bellman et al., 1996).

A sua avaliação é apresentada num estilo gráfico, com valores normativos para 14 grupos etários, o que nos **permite perceber a idade desenvolvimental em que a criança se encontra**, i.e., uma criança pode ter uma idade cronológica diferente da idade desenvolvimental que apresenta, **em cada capacidade específica**, para além de permitir **traçar um perfil de desenvolvimento da criança** e possibilitar **uma vigilância clara** ao longo de um período de tempo (Bellman et al., 1996).

Relativamente aos casos acompanhados pela TEPM, foram realizadas por esta um **total de 11 avaliações formais**. Com a exceção da “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”, que foi preenchida pelos pais e educadora com apoio da TEPM, todas as restantes foram aplicadas diretamente às crianças. Em todos os casos (re)avaliados verificaram-se evoluções no desenvolvimento da criança.

As avaliações realizadas foram sempre **aplicadas no JI da criança** em questão, sendo que **as condições divergiram**, em alguns casos foram realizadas **no ginásio (local amplo, com boas condições)** e outras foram concretizadas **em salas mais pequenas e com materiais que de alguma forma limitavam ainda mais o espaço**.

7. Intervenção em grupo

A intervenção em grupo realizada pela TEPM caracterizou-se pela integração desta num grupo já existente, formado e organizado pelas técnicas de F e TO. O objetivo inicial passou pela observação e apoio no grupo até que a TEPM assumisse novos apoios individuais. No entanto, e devido à pertinência do apoio prestado pela TEPM no grupo, esta permaneceu no mesmo durante todo o período de estágio na instituição.

Este **grupo era denominado de AMG⁵** e era alicerçado na vontade de promover e proporcionar nas crianças que o constituíam as condições ideais para que **desenvolvessem as competências motoras de modo a que cada uma atingisse o desenvolvimento psicomotor**. Para tal, recorreu-se aos **movimentos e interações com objetos, pares e adultos, para que cada criança possa conhecer e compreender o mundo que a rodeia**.

7.1. Características do apoio em grupo e estratégias de intervenção

O apoio do grupo AMG realizava-se com uma frequência semanal (quartas-feiras de manhã entre as 08h.30 e as 09h15) no ginásio da CERCIOEIRAS, cada apoio tinha a duração de 45 minutos.

As crianças que eram apoiadas no grupo eram todas **avaliadas pela SGS** mas, nos casos em que se achava pertinente **essa avaliação era complementada com outras escalas de avaliação**, como por exemplo o TMFM (Gimenez, 1991). Sendo também **avaliadas no final de cada apoio através pela ficha de “Ficha de Desempenho Individual – AMG”**, elaborada pelas técnicas de TO, F e a TEPM

As sessões em grupo tinham uma estrutura-tipo, que consistia em: (1) **rituais de entrada/acolhimento**, as crianças descalçavam os sapatos e calçavam as meias antiderrapantes e realizava-se um diálogo inicial; (2) **desenvolvimento**, realização de uma gincana/percurso e outra atividade que passava por jogos de resolução de problemas, de mesa, entre outros; (3) **ritual de saída**, arrumar material, descalçar as meias e calçar os sapatos e, por último, escolher a criança que abre a porta aos pais.

As **estratégias** utilizadas para atingir os objetivos traçados passaram pela utilização de vários objetos como por exemplo: escadas, bolas, arcos, tábua de *Freedman*, túnel, blocos, bases, colchões, bola de *fitness*, bancos suecos, diversos materiais de escrita, folhas, livros, puzzles, fichas de grafismos, entre outros, assim como a realização de atividades como a realização de percursos, jogos com bolas, desenhos, jogos de encaixe, jogos de resolução de problemas, andar na passadeira, entre outros. Além disso, foi fomentada a exploração do espaço, foram utilizados reforços positivos verbais e físicos, assim como graus de proximidade diferentes entre terapeutas e crianças de forma a dar uma resposta mais adequada possível às necessidades apresentadas por cada um, tendo sempre em consideração a promoção de uma boa integração no grupo, de uma maior autonomia e estabilidade emocional.

7.2. Características do grupo

O **grupo AMG** caracterizava-se como sendo um **grupo heterogéneo**, formado por crianças com idades compreendidas entre os 26 e os 56 meses (idades referentes a outubro de 2012). Inicialmente era constituído por 3 raparigas e 3 rapazes, mas em fevereiro de 2013, incluía mais um elemento do género feminino, perfazendo um total de 7 crianças.

A sua diversidade como grupo, como se poderá constatar na tabela 7, também estava patente no que se reporta ao diagnóstico e características individuais de cada um.

⁵ Nota: No caso dos apoios realizados no grupo de AMG, a participação dos pais não era incentivada, pois as técnicas consideravam que um elevado número de pessoas dentro do ginásio seria um fator prejudicial ao bom funcionamento do grupo.

Tabela 7: Caracterização sucinta das crianças apoiadas no grupo AMG.

AMG apoio realizado com as técnicas de TO, F e TEPM	
Crianças	Características
Ricardo	Nasceu a 28 de novembro de 2008, deu entrada na ELI de Oeiras a 22 de novembro de 2009, tendo sido sinalizado por apresentar alterações nas funções ou estruturas do corpo - Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (AGDP) . A técnica de F era a responsável de caso. Durante os apoios o Ricardo destacava-se pela sua autonomia, capacidade de interação com os pares e técnicas, realizando normalmente as atividades com grande destreza. Este apresentava alguma dificuldade em cumprir regras (e.g. aguardar pela sua vez). Demonstrava muito agrado por participar no apoio em grupo.
Rafael	O Rafael nasceu a 22 de Julho de 2008, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, tendo sido sinalizado por apresentar alterações nas funções ou estruturas do corpo - AGDP, e perturbações neurológicas, Paralisia Cerebral, com hemiparesia à esquerda . A responsável de caso era a técnica de F. O desempenho do Rafael durante os apoios caracterizava-se pela concretização das atividades muito lentamente tanto nas atividades motoras globais como finas, revelando alguma insegurança, falta de iniciativa e motivação, procurando muito a ajuda do adulto na realização da tarefa.
Daniel	O Daniel nasceu a 19 de janeiro de 2009, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de novembro de 2011, sinalizado como tendo alterações nas funções ou estruturas do corpo e perturbação da relação e da comunicação, estando atualmente diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo . A responsável de caso era a técnica de TO. O Daniel usufruiu de 3 apoios semanais, o do grupo, 1 apoio individual em TO e outro em TF. O Daniel realizava as tarefas que lhe eram solicitadas, apresentava um vocabulário bastante reduzido, que foi evoluindo ao longo da sua interação com os pares. Refere-se ainda que numa determinada fase da intervenção, este fazia muitas birras, facto que se apontou como tendo origem na gravidez da mãe. Contudo, era um menino bem integrado no grupo.
Andreia	A Andreia nasceu a 1 de agosto de 2010, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, sinalizada como tendo alterações nas funções ou estruturas do corpo e um ADPM . A responsável de caso era a fisioterapeuta. A Andreia tinha apoio bissemanal: 1 no grupo e outro individual com a técnica de TA no JI. A Andreia apresentava alguns problemas emocionais, sociais, cognitivos e de orientação espacial, necessitando de um apoio constante do adulto para realizar as atividades, assim como estar integrada no grupo. Durante os apoios foi evidente a sua evolução em relação à interação com o espaço, os objetos e os pares. A nível emocional também se verificou algumas melhorias.
Catarina	A Catarina nasceu a 12 de fevereiro de 2010, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, sinalizada como tendo alterações nas funções ou estruturas do corpo, AGDP e uma Luxação da Anca . A responsável de caso era a técnica de F. A Catarina realizava as atividades pedidas necessitando de algumas instruções e incentivos durante a realização das mesmas, demonstrava insegurança em atividades em superfícies com alguma altura e que requeriam equilíbrio. Por vezes revelava alguma instabilidade emocional. A sua relação com os pares normalmente era inibida, mas colaboradora.
Carla	A Carla nasceu a 22 de fevereiro de 2008, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2010, sendo sinalizada por apresentar alterações nas funções ou estruturas do corpo, estava diagnosticada com uma doença metabólica, a Síndrome de Leigh . A responsável de caso era a técnica de TO. A Carla beneficiava de apoios bissemanais, 1 no grupo e outro individual com uma docente de educação especial. A Carla faltou a muitos dos apoios (devido aos seus problemas de saúde ou da mãe) e nas vezes em que esteve presente nos apoios não existiu muita interação com os pares, uma vez que a sua condição física não lhe permitia realizar o mesmo tipo de atividades que os pares (não andava e apresentava uma linguagem oral com ligeiras alterações ao nível da articulação). Desta forma, participou em atividades mais individualizadas e com a ajuda da técnica.
Ana⁶	A Ana nasceu a 20 de junho de 2009, deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de dezembro de 2012, estava a ser acompanhada numa outra ELI mas, por alteração de residência, foi encaminhada para a ELI de Oeiras. Como motivo de sinalização foram apresentadas alterações nas funções ou estruturas do corpo – motora, linguagem e comunicação; prematuridade e complicações neonatais . A responsável de caso era a técnica de F. A Ana beneficiava de apoios bissemanais: 1 no grupo e outro individual com a TEPM. A Ana entrou para o grupo em fevereiro de 2013, adaptando-se facilmente ao mesmo. Realizava as atividades que lhe eram pedidas, mas apresentava uma maior dificuldade nas atividades de equilíbrio e marcha.

⁶ Dado que a Ana é um dos estudos de caso apresentados neste relatório, posteriormente serão expostas mais pormenorizadamente as suas características, o tipo de intervenção e avaliação realizadas.

7.3. Objetivos do grupo

Após a apresentação do grupo, destacam-se como **objetivos** de intervenção o trabalho ao nível do esquema corporal, tónus muscular, coordenação, equilíbrio, lateralidade, competências manipulativas, motricidade global e fina, atenção e concentração, aquisição de regras, comportamento emocional, relação e interação com o meio e os objetos, relação/comunicação e desempenho, sendo que **dentro destes objetivos, cada criança tinha objetivos adequados à sua individualidade e necessidades.**

7.4. Análise qualitativa da evolução do grupo AMG

Realizando uma retrospectiva dos apoios realizados no grupo AMG, considera-se que **todos os elementos do grupo foram evoluindo ao longo dos apoios, quer de uma forma individual quer como grupo**, observando-se um maior e mais longo diálogo e interação com os pares, uma melhor capacidade de resposta às situações-problema apresentados, maior eficiência e eficácia na realização das atividades, **com a exceção da Carla.** Este facto pode ser devido ao número de faltas aos apoios, assim como de possuir uma doença degenerativa.

No que se refere ao restante grupo, de uma forma geral foi se notando **uma maior interação entre os diversos elementos, uma maior regulação emocional, uma melhor exploração do espaço e dos objetos, um melhor desempenho na realização das atividades, especialmente na realização da gincana/percurso.**

8. Intervenção nos apoios individuais

Durante a concretização das atividades de estágio, e como foi relatado anteriormente, foi possível realizar intervenção psicomotora individual com 6 crianças. No entanto, como não é possível apresentar detalhadamente a **intervenção** realizada em todas as **crianças** acompanhadas, **serão apresentadas**, seguidamente e **de forma sucinta**, as três que **não** foram escolhidas como estudo de caso.

8.1. Intervenção - Ricardo

O **Ricardo** é uma criança do género masculino, que nasceu a 22 de fevereiro de 2008, entrou para a ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, como tendo diagnóstico **alterações nas funções e estruturas do corpo e má formação congénita.** O Ricardo no ano transato recebeu apoio em PM pelo estagiário da FMH, dando a TEPM continuidade ao trabalho iniciado anteriormente.

O Ricardo foi avaliado, pré e pós intervenção, com a SGS pela técnica de TF e com a BPM e a EPDM pela TEPM, apenas na componente motora fina. O Ricardo **apresentava dificuldades sobretudo ao nível da motricidade fina, do equilíbrio e da linguagem.** Durante os 21 apoios, de frequência semanal no ginásio do JI, **foi sempre participativo e colaborativo, nas atividades motoras globais e nas atividades motoras finas, embora, ocasionalmente mostrasse alguma resistência.** Na **rechamada** do apoio anterior e das atividades realizadas no apoio **foi se notando uma evolução gradual, em que foi sendo capaz de referir as atividades que mais dificuldade tinha ou que tinha gostado mais ou menos e porquê.**

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção (aproximadamente 7 meses), de um total de 38 objetivos comportamentais, foram atingidos 23, ou seja, foram **alcançados 62 % dos objetivos delineados**, ficando por alcançar 15 objetivos, i.e., 39% dos objetivos. Contudo, é de referir que em todos as áreas se verificou evolução.

Na figura 3 pode-se observar que os objetivos foram subdivididos em 4 áreas de intervenção com **objetivos** distribuídos de forma heterogénea pelas diferentes áreas, **com uma maior incidência nas áreas de maior dificuldade** (áreas menos fortes⁷) **da criança**, para além disso poderemos verificar de forma quantitativa quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

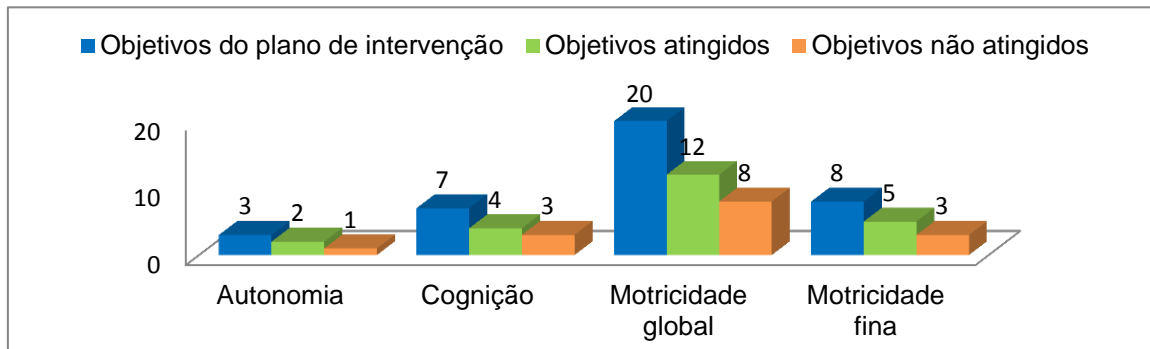


Figura 3: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.

8.2. Intervenção - Gabriel

O **Gabriel** é uma criança do género masculino, que nasceu a 8 de maio de 2009, entrou para a ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, tendo como diagnóstico **alterações nas funções e estruturas do corpo - AGDP**. O Gabriel foi encaminhado para o apoio em PM porque, segundo a educadora do JI, realizava **comportamentos motores desajustados** (bater palmas com muita força e saltar).

O Gabriel foi avaliado pré e pós intervenção, com a SGS pela técnica de TF e pela TEPM com a EPDM. O Gabriel foi acompanhado em TF até fevereiro de 2013, dado já não haver necessidade de apoio nessa área. No decorrer dos 19 apoios de frequência semanal em PM, divididos entre o contexto de sala e em sala cedida para a realização do apoio, o Gabriel **foi um menino participativo, apresentava preferência por atividades de mesa, mas aderiu bem às atividades motoras mais globais se fosse utilizado o jogo simbólico, caso contrário, apresentava maior dificuldade em se manter na tarefa; o comportamento de bater palmas e saltar ocorreu pontualmente durante os apoios**, sendo este comportamento, no entender da TEPM uma manifestação de alegria. Nos momentos de **relaxação**, o Gabriel **tinha preferência quando era utilizado um objeto mediador** (bola, balão com arroz), solicitando a concretização desta atividade, apesar de apresentar **alguma dificuldade em diminuir o tônus muscular**. O Gabriel **tinha uma boa capacidade de memória, recordando-se facilmente das atividades realizadas, o que facilitava a rechamada**.

No que se refere ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de aproximadamente 6 meses, um total de 23 objetivos comportamentais, foram atingidos 20 objetivos, ou seja, **foram alcançados 87% dos objetivos delineados**, ficando por alcançar 3 objetivos, i.e., 13%. Devido à boa evolução do Gabriel foi-lhe dada a alta do apoio em IP.

⁷ A área da linguagem era uma das áreas menos fortes, mas como o Ricardo estava a ter apoio em TF esses foram objetivos traçados pela técnica de TF.

Na figura 4 pode-se observar que esses objetivos foram subdivididos em 4 áreas de intervenção, com **objetivos** distribuídos de forma heterogénea pelas diferentes áreas, **com uma maior incidência nas áreas com maior dificuldade da criança**. Para além, disso poderemos verificar, de forma quantitativa, quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

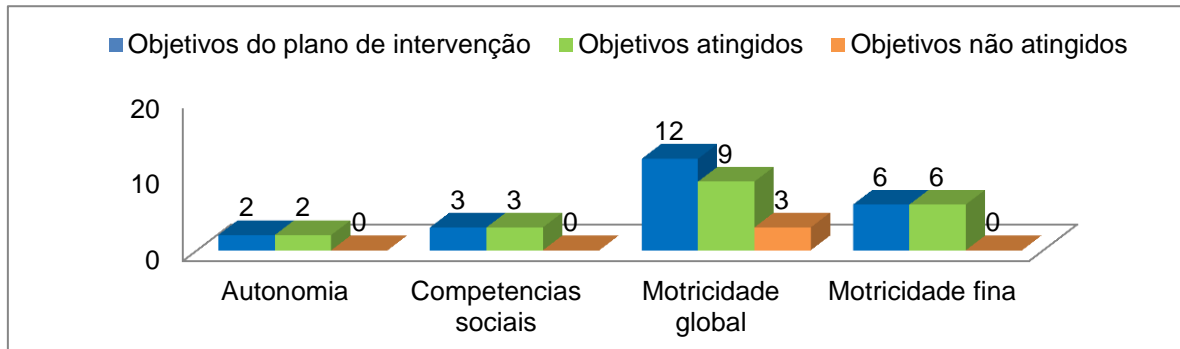


Figura 4: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.

8.3. Intervenção - Tadeu

O **Tadeu** é do género masculino, nasceu a 28 de janeiro de 2008 e deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de outubro de 2011, tendo como **diagnóstico alterações nas funções e estruturas do corpo - perturbações do espectro do autismo**. Quando a TEPM iniciou os apoios com o Tadeu este já era acompanhado em TF e por uma docente de EE.

O plano de intervenção do Tadeu era composto por 25 objetivos e, tendo em conta as características da criança, a TEPM poderia fornecer uma maior contributo no apoio se, dentro dos objetivos já estabelecidos, **identificasse quais seriam os objetivos que a intervenção em PM mais podia contribuir no sentido de os alcançar**. No entanto, entendeu-se que se deveriam **acrescentar aos objetivos** pré-delineados, **a estimulação sensorial**. A **principal preocupação dos pais** do Tadeu era que este **começasse a falar** e, apesar de lhes ter sido explicado que a utilização de imagens para a comunicação não funcionava como algo inibidor, mas sim como um método que poderia contribuir para a aquisição da fala, estes recusavam que se utilizassem imagens como forma de comunicação.

Durante 14 apoios de frequência semanal em PM, em sala cedida pelo JI, verificou-se uma evolução no que diz respeito à **capacidade de manter um maior contacto ocular com a técnica, capacidade de atenção durante as atividades e na manifestação de interesse por algumas atividades, principalmente as que envolvessem estimulação sensorial** (eram estímulos bastante procurados por ele), e.g. **tentar agarrar os objetos ou executar com estes as atividades em conjunto com a técnica** (sentir diferentes texturas no corpo, por exemplo). **Foi capaz de obedecer a ordens simples como fechar a porta e sentar na cadeira. Pontapeava a bola por imitação e, após realização do movimento com ajuda da técnica. Manuseava a plasticina, mas precisava de ajuda física para moldar figuras, p.e. bolas. Algumas das atividades realizadas pelo Tadeu, como fazer uma torre com copos, apesar de corretas, eram feitas de forma mecanizada, sem grande intencionalidade ou satisfação.**

No que se refere ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de aproximadamente 6 meses, de um total de 15 objetivos comportamentais, foram atingidos

7, ou seja foram alcançados **47 % dos objetivos delineados**, ficando por alcançar 9 objetivos, i.e., 56%.

Na figura 5 pode-se observar que esses objetivos foram subdivididos em 5 áreas de intervenção, com objetivos distribuídos de forma heterogênea pelas diferentes áreas. Pode-se verificar ainda, de forma quantitativa, quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

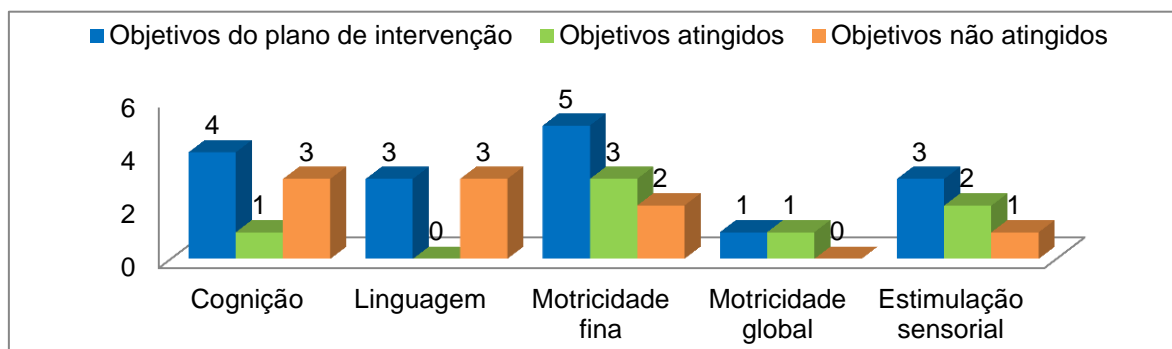


Figura 5: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.

9. Estudos de caso

Nesta fase do relatório serão apresentados **3 estudos de caso**. Estes foram **escolhidos tendo em consideração a especificidade de cada um quanto ao contexto familiar, idades, patologias, contexto e tipos de intervenção, por forma a que estes fossem o mais representativos possível do que foi o estágio concretizado e da sua diversidade nos diferentes níveis**. Deste modo, cada estudo de caso será apresentado tendo em conta os dados anamnésicos das crianças e o seu contexto familiar, o resultado da avaliação inicial, o plano de intervenção pedagógico-terapêutico elaborado, o tipo de intervenção realizado, a avaliação final e as conclusões do processo de intervenção.

9.1. Estudo de caso 1- Filipe

9.1.1. Historial pessoal e familiar

O **Filipe** é uma criança do género masculino, que **vive com os pais**, ambos empregados, e que referem ter o **apoio dos avós maternos e do tio materno** sempre que necessitam.

O Filipe nasceu a 8 de março de 2009, de **uma gravidez planeada**, vigiada e sem complicações apesar de ter ocorrido às 30 semanas um episódio de pré-eclampsia. Nasceu com 38 semanas e 2 dias de gestação, peso de 2990 gr., comprimento 43 cm, perímetro cefálico 34,5 cm, Índice Apgar: 6 ao primeiro minuto, 9 ao 5 minuto e 10 aos 10 minutos, o parto foi induzido por ventosa e foi necessária reanimação.

O Filipe apresentou um **bom desenvolvimento motor** fazendo as aquisições dentro dos padrões normais de desenvolvimento e sempre foi uma criança saudável, até aos **18 meses quando integrou o primeiro colégio**. Após a entrada no colégio apresentava frequentemente otites e algumas amigdalites, chegando a ter **26 otites serosas**, no período entre novembro 2010 até maio 2011, sendo que **em maio foi submetido a uma cirurgia de autorrinolarigologia**, na qual foi efetuada uma redução de adenoides e colocação de tubos nos dois ouvidos.

Até setembro de 2011, e devido às secreções acumuladas teve de se proceder à aspiração das mesmas, sendo que após esta data, não apresentou quaisquer problemas

relacionados com os ouvidos.

Os tubos colocados em maio de 2010 saíram sem necessidade de nova operação. Ao longo deste tempo efetuou vários exames de audiometria, os quais não demonstram qualquer deficiência na audição.

O historial da família do Filipe é pautado por **problemas de dislexia por parte da mãe, tio e avô materno**. Além disso, **a mãe e o tio materno tiveram apoio de terapia da fala desde os 5 anos**.

9.1.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI

A sinalização para a ELI de Oeiras foi efetuada pela creche, onde era referenciado um **atraso significativo da linguagem, resultante de otites repetitivas e serosas, que interferiam com o seu desenvolvimento sócio emocional**, tendo sido solicitada intervenção ao nível da TF.

O Filipe foi descrito pela educadora como uma **criança interessada pelas atividades propostas pelo adulto, mas desconcentrava-se facilmente e perdia o interesse pelas atividades**. Segundo a mesma fonte, apresentava uma boa **relação afetiva com os adultos e com os pares, mas a qualidade da interação era por vezes afetada pelas limitações do seu vocabulário e pelo uso de palavras impercetíveis na sua expressão oral**. Quando não conseguia fazer-se entender, chorava, manifestando assim a sua frustração. Quando estimulado pelo adulto, repetia certas palavras mas por iniciativa própria, não as voltava a aplicar.

As **atividades preferenciais** do Filipe, segundo os pais, eram: jogar à bola, andar/correr na rua, jogar no Ipad, andar no escorrega (esta última atividade era evitada pelos pais, pois o Filipe fazia sempre birra para sair) e ver filmes.

A educadora e os pais do Filipe referiram que este **apresentava alguns comportamentos desajustados**, tais como: birras (atirava-se para o chão), fugas (quando está na rua está sempre a correr), agredia os colegas com o garfo, mexia na água da sanita (quando o adulto se afasta), agredia os colegas e adultos quando contrariado, espalhava os jogos, saltava das mesas (principalmente quando entrava na sala).

As **principais preocupações manifestadas pelos pais** eram referentes às dificuldades do Filipe ao nível da linguagem, socialização, dificuldade em lidar com a frustração (birras frequentes) e/ou possível exclusão do Filipe por parte dos colegas.

Através da análise do discurso da mãe do Filipe, denota-se que apresentava alguns problemas vividos na sua infância ainda não superados, relacionadas com a exclusão por parte dos seus colegas da escola que a marcaram negativamente, e também um sentimento de culpa em relação à escolha da primeira creche do Filipe. Esses factos levavam a que a mãe fica-se ansiosa, transmitindo possivelmente e involuntariamente, esta ansiedade ao filho. No sentido de a ajudar a minimizar esta ansiedade foi sugerido à mãe apoio psicológico, aceite pela mesma, mas devido à incompatibilidade de horários, não foi possível a realização deste apoio com a psicóloga da ELI de Oeiras.

O Filipe quando deu entrada na ELI de Oeiras, a 18 de setembro de 2012, iniciou apoio semanal em TF a 7 de outubro de 2012 e apoio semanal em PM a 13 de novembro de 2012. A técnica responsável de caso era a terapeuta da fala.

9.1.3. Calendarização dos apoios prestados

A 7 de novembro a TEPM teve o primeiro contacto com a família, numa reunião em que além dos pais estiveram também presentes a educadora do Filipe e a terapeuta da fala. Na reunião iniciou-se o preenchimento do PIIP e, após diálogo e reflexão sobre as principais preocupações e dificuldades do Filipe e da sua família, ficou acordado um apoio semanal de PM.

Os apoios em PM tiveram início a 13 de novembro de 2012 e terminaram a 28 de maio de 2013, sendo **sempre realizados às terças-feiras de manhã**. Inicialmente era utilizada uma sala cedida pelo JI, com um, dois ou três colegas do Filipe. Contudo, e de acordo com as necessidades sentidas, os apoios prestados passaram a ser bissemanais em contexto de sala do JI a partir do dia 26 de fevereiro de 2013 (eram realizados 2 apoios consecutivos, de 45 minutos, em que inicialmente a TEPM estruturava uma sessão de 45 minutos e nos restantes 45 minutos era realizado um trabalho que incidia ao nível do comportamento, no contexto de sala).

O **processo de intervenção** do Filipe **passou por diferentes fases**, como se pode observar na figura 6. Inicialmente procedeu-se a uma observação em dois contextos diferentes (em apoio de TA e em contexto de sala de JI), depois realizou-se uma avaliação inicial, seguida de intervenção individual e, posteriormente, uma intervenção individual em contexto de sala de JI, tendo sido concluída com uma avaliação final. No que se refere às reuniões com os pais, estas foram sendo realizadas ao longo de todo o processo de intervenção, sempre que necessário.

Ao longo do período de intervenção, dos 37 apoios diretos previstos realizaram-se 34, i.e., **foram realizadas cerca de 92% dos apoios previstos** sendo que cerca de 3% das faltas foram praticadas pelo Filipe (motivos de doença) e cerca de 5% foram realizadas pela TEPM devido a uma reunião extraordinária da ELI de Oeiras e a uma reunião realizada com os pais do Filipe.

Na figura 7 pode-se constatar que foi realizado um número reduzido de faltas aos apoios e que os apoios diretos⁸ (avaliação inicial e final, intervenção individual e em contexto sala de JI) realizados foram substancialmente superiores aos números de apoios indiretos⁹ (observação, reunião com os pais) prestados.

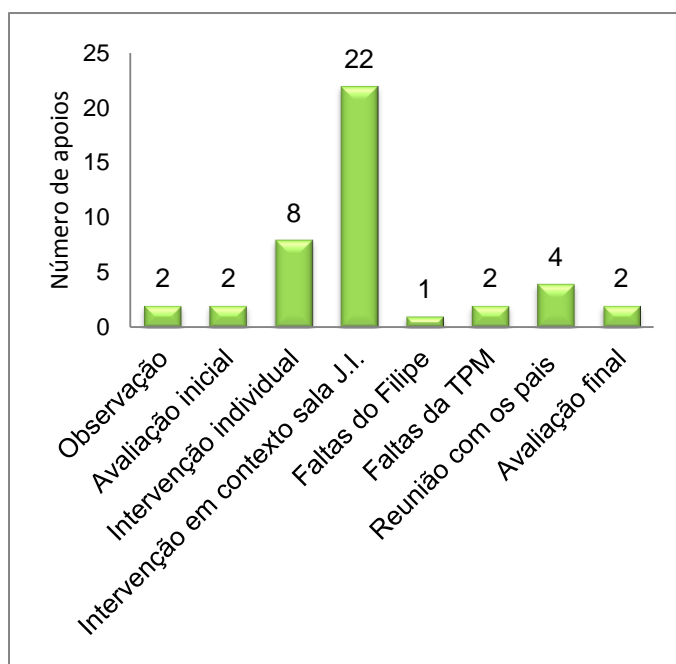


Figura 7: Fases do processo de intervenção.



Figura 6: Representação gráfica do total de faltas realizadas, do tipo de apoio e total de apoios prestados pela TEPM.

⁸ **Apoios diretos** – são considerados apoios diretos, todos os apoios onde a TEPM esteve com o Filipe e interveio com este.

⁹ **Apoios indiretos** – são considerados apoios indiretos, todos os apoios realizados pela TEPM, onde o Filipe não esteve presente (reunião de pais) ou onde a TEPM teve uma ação passiva em relação ao Filipe.

9.1.4. Avaliação Inicial

A avaliação inicial do Filipe caracterizou-se pela **avaliação informal** e a **avaliação formal**.

A **avaliação informal** caracterizou-se por **dois momentos iniciais de observação**¹⁰ por parte da TEPM. O primeiro momento decorreu durante o **apoio em TF** e o outro **em contexto de sala de JI**. Desses dois momentos foi possível observar alguns comportamentos no Filipe, bem como as suas interações com os pais. Estes dados revelaram-se importantes sendo posteriormente utilizados para a planificação e intervenção, sendo complementados com os **2 apoios iniciais** que tiveram como objetivo, **avaliar e conhecer melhor o Filipe**, bem como para **construir uma boa relação empática**.

A **avaliação formal** caracterizou-se pela aplicação das seguintes escalas de avaliação: SGS, o “**Teste de articulação verbal**”¹¹ e uma “**Ficha de Registos do Comportamento da Criança**” (construída pela TEPM).

Sendo apresentados em seguida os resultados de ambas as avaliações.

9.1.4.1. Avaliação inicial Informal

Nos dias **31 de outubro de 2012** - na **observação realizada no apoio em TF**, a TEPM presenciou:

- Recusa do Filipe em acompanhar a técnica de TF e mãe a tentar persuadi-lo com ida ao cinema;
- Filipe fez birra, “choramingou” e realizou movimentos lentos enquanto a técnica de TF o levou ao colo para o apoio;
- Durante o apoio distraiu-se, realizou atividades fora do que lhe era pedido; levantou-se dizendo que queria ir para a sala, mas foi convencido a ficar pela técnica de TF;
- Recusou-se a realizar mais jogos, mas acabou por aceitar escolher uma atividade, que foi construir um puzzle;
- Ficou agitado perante o seu insucesso na realização do jogo, referindo não conseguir. Ajudado, física e verbalmente pela técnica terminou a tarefa.

No dia **7 de novembro de 2012**, a TEPM realizou uma **observação em contexto de sala de JI**. Foram observados, no Filipe, os seguintes comportamentos:

- Necessidade de chamar a atenção da educadora de sala (dirigiu-se a esta duas vezes a dizer ““Estou aqui! Estou aqui!””;
- Subiu e saltou do banco 2 vezes e em cima deste saltou 4 vezes;
- Fechou a porta quando viu colegas a aproximarem-se desta para entrar, quando foi repreendido por mãe do seu colega de sala parou esse comportamento e começou a começar a acender e apagar a luz (fê-lo, 3 vezes). O colega empurrou-o e este faz queixa à mãe do menino, que não valorizou.
- Foi-lhe recusado ouvir música por isso “choraminga”, educadora “ignora/desvaloriza” comportamento.
- Brincou sozinho, sem interagir com os pares apesar de brincarem na mesma área da sala - zona da casinha.
- Retira carro e brinca com ele passando-o por cima do colega, atira carro ao chão para ir colocar símbolo de presença e regressa retirando novamente o carro ao mesmo colega.

¹⁰ Estes momentos de observação ocorreram durante o período em que a TEPM acompanhava as técnicas da ELI nos seus apoios. Ainda não havia ocorrido o início formal dos apoios ao Filipe. No entanto, e devido há pertinência das observações efetuadas, estas foram tidas em consideração.

¹¹ Os **resultados do “Teste de Articulação Verbal”** não serão apresentados por uma questão de espaço

- Durante a história o Filipe só demonstrou interesse e atenção quando os meninos gritaram como se estivessem a fugir do lobo mau.
- Empurrou, repetidamente, colega que chegou à sala mais tarde (sem motivo aparente), mesmo com este a pedir-lhe para que parasse.

No **final da observação**, a TEPM teve um pequeno diálogo com a educadora que referiu que a atitude de agredir o outro é constante. Questionada sobre o facto de brincar isoladamente, a educadora refere que este o faz muitas vezes, parecendo não saber brincar com os outros.

No dia **13 de novembro de 2012**, ocorreu o **primeiro apoio**, de onde se destacou:

- Foi para apoio sem fazer birra, aliciado por jogo de construção com figuras geométricas;
- Descalçou-se sozinho;
- Derrubou e construiu o castelo várias vezes e aceitou que TEPM participa-se na atividade; Durante o jogo foi derrubando e reconstruindo o castelo e, por sugestão da técnica, cada um pegou numa peça e assumiu-a como sendo ele próprio. Questionado sobre o que estava a fazer no castelo referiu que estava a esconder-se. O jogo foi assim complexificando e quando foi “atingida” por uma das peças, a TEPM, deixou-se cair no chão fingindo desmaiar, introduzindo-se assim o jogo simbólico.
- O desenho sobre a atividade que havia realizado evidenciou um grafismo imaturo, sendo uma atividade pela qual grande interesse (pediu para ir à casa de banho, manifestou não querer terminar – fez birra).
- Referiu, quando questionado sobre o que desenho, “Filipe caiu”.
- Filipe ajudou a guardar os lápis de cor, questionado pelas cores, referiu sempre a cor azul.
- Fez birra ao calçar sapatos, afirmou que não conseguia. Concretiza a tarefa após estimulação e instrução verbal e pequena ajuda física.
- Questionado a sessão, refere à educadora da sala que ele e a técnica caíram.

No dia **20 de novembro de 2012**, era o dia do pijama e todos os meninos e funcionários do JI foram de pijama, inclusive o Filipe, que chegou muito entusiasmado. Esse poderá ter sido o motivo pelo qual o Filipe apresentou uma maior resistência durante todo o apoio, manifestado por uma maior agitação, referindo ao longo do apoio que queria ir ter com a educadora e utilizando como estratégia de fuga pedir para ir à casa de banho. Quando se utiliza a palavra “ajuda”, como por e.g. “Ajudas-me Filipe”, este rapidamente se predispõe a ajudar. No final do apoio, a TEPM pede-lhe um beijo e este vem ter com ela e dá-o.

Dos primeiros contactos estabelecidos com o Filipe, as **principais ilações** foram a necessidade que o Filipe pareceu demonstrar em chamar à atenção, alguma dificuldade em manter-se na tarefa, facilmente entrar em frustração e desistir da tarefa quando esta se revelava um pouco mais complexa, demonstrava dificuldade em brincar com o outro, em cumprir regras e apresentava momentos de agressividade para com os pares. Além disso, o Filipe apresentou dificuldades em fazer-se compreender verbalmente, bem como através do desenho ainda muito imaturo, havendo necessidade de desenvolver a sua capacidade de comunicação e manifestação das suas emoções de forma verbal.

9.1.4.2. Avaliação inicial formal

No dia 17 de Outubro de 2012 o Filipe, aos 3 anos e 9 meses, foi avaliado pela técnica de TF com a escala SGS, na estrutura educativa que frequentava. Como não foi possível avaliar o Filipe em todos os contextos, nomeadamente nas Capacidades Sociais de Autonomia, foi necessário recorrer a algumas informações dadas pela educadora da

sala e pela mãe, a fim de completar a avaliação.

Segundo a TA, o Filipe não esteve colaborante na primeira tentativa de avaliação, tendo sido necessário criar outro momento de avaliação, momento esse, em que o Filipe resistiu no início, mas depois de ser acordado que no fim faria um jogo de computador, começou a colaborar. Deste modo conclui-se que apresentava tempos de atenção/concentração muito curtos, distraindo-se com qualquer estímulo externo.

Os resultados obtidos desta avaliação indicaram que o Filipe apresentava um perfil de desenvolvimento com alguma homogeneidade, apesar de se encontrar abaixo do esperado para a sua faixa etária, na área social, como podemos verificar na figura 8.

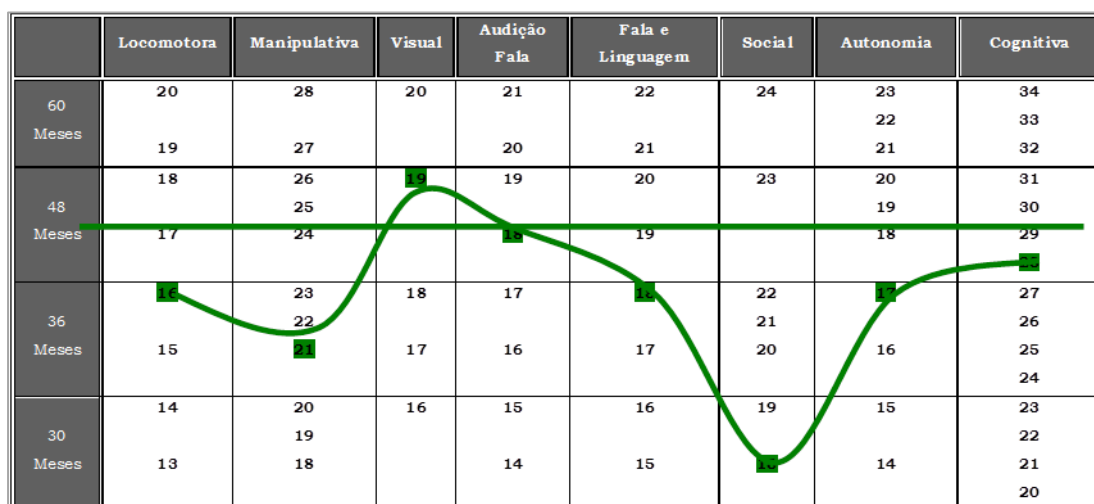


Figura 8: Perfil de desenvolvimento inicial do Filipe segundo a “SGS”.

Segundo os resultados obtidos pela SGS o Filipe apresenta como áreas fortes a área visual, a audição e fala, como áreas intermédias a locomoção, a manipulação, a autonomia, a cognição e a fala e linguagem¹² e a manipulativa e como área menos forte a social. De seguida passaremos a descrever detalhadamente cada uma das suas Capacidades:

Capacidades Locomotoras: O Filipe correu com confiança e parou e iniciou com cuidado evitando os obstáculos e saltou a pés juntos do último degrau. Correu em “bicos de pés” e evidenciou que se encontrava perto de adquirir o padrão motor de correr “em bicos de pés”. Subiu e desceu escadas com alternância de membros, de forma autónoma.

Capacidades Manipulativas: O Filipe virou uma página de um livro de cada vez; e colocou os pinos dentro da caneca no tempo esperado (menos de 30 segundos). Fez uma torre com 8 cubos e no desenho fez rabisco circular, imitou a linha vertical e horizontal e copiou a cruz. Desenhou uma cabeça com cara.

Capacidades Visuais: Ao nível das capacidades Visuais, o Filipe completou o quadro de encaixes das figuras geométricas e o dos peixes. Combinou os 10 cartões de cores, apesar de ter trocado o azul-escuro com o azul-claro.

¹² Apesar de na “SGS” a área da fala e linguagem se encontrar dentro da sua faixa etária, é de referir as dificuldades que o Filipe tem em se expressar de uma forma perceptível/compreensível, sendo por isso considerada como uma área menos forte para a TEPM no planeamento e desenvolvimento da intervenção.

Capacidades de Audição e Fala: Ao nível da Compreensão Auditiva, compreendeu os verbos, utilizando as gravuras de atividades e ações e compreendeu as funções dos objetos, utilizando as gravuras. Compreendeu instruções com preposições, adjetivos relacionados com a dimensão e as frases com negativos (como por exemplo: “Qual dos meninos é que não tem sapatos?”).

Capacidades de Fala e Linguagem: Ao nível da Linguagem Expressiva, usou várias palavras com significado e construiu frases simples. O seu discurso foi por vezes impercetível, devido a imaturidade articulatória e do discurso espontâneo, repetindo de forma correta quando foi corrigido. Usou palavras interrogativas e pronomes pessoais e soube canções infantis.

Capacidades de Interação Social: Relativamente ao Comportamento Social, o Filipe brincou com os seus pares, e partilhou os brinquedos, mostrou-se preocupado com os amigos. Gostava de ajudar no arrumar. Muitas vezes as brincadeiras com os pares são pautadas por comportamentos agressivos e desestruturados, acabando por não participar durante muito tempo das brincadeiras com os seus pares. No jogo, chutou uma bola pequena e atirou um objeto por cima da cabeça.

Capacidades Sociais de Autonomia: Na Alimentação, como não foi possível avaliá-lo em contexto, foi necessário recolher informações que foram dadas pela educadora e pelos pais. Assim, o Filipe durante a refeição, comia de colher e garfo na escola, mas em casa dos pais comia com garfo e faca. Isto porque na escola, como ainda não dava utilidade à faca para ajudar na alimentação, utilizava-a como um brinquedo podendo magoar um colega que estivesse mais próximo. Ao nível da Higiene, verbalizava em tempo razoável a necessidade de ir à casa de banho. Lavava e secava as mãos e tentava escovar os dentes.

Capacidades Cognitivas: O Filipe cumpriu ordens simples e explorou com interesse as propriedades dos brinquedos.

Durante o processo de intervenção **foram registados novos comportamentos desajustados por parte do Filipe**, como tal, não tinham sido referidos aquando do início da realização do PIIP. **Sentiu-se assim a necessidade de realizar uma ficha de registos de comportamentos.** Esta foi construída pela TEPM de acordo com as necessidades sentidas na altura.

A “**Ficha de Registo do Comportamento da Criança**” foi preenchida pela educadora a 21 de janeiro de 2013 e pelos pais do Filipe a 15 de janeiro de 2013. Após a sua aplicação procedeu-se às devidas alteração/reajustes nos objetivos do plano de intervenção. As respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe encontram-se transcritas na tabela 8 da página seguinte.

Tabela 8: Apresentação das respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe na fase da avaliação inicial na “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”.

Ficha de Registo do Comportamento da Criança (Oliveira, 2013)						
Quais os comportamentos que o preocupam?	O que aconteceu antes do comportamento?	Quando ocorre?	Onde ocorre?	Com quem ocorre?	Frequencia?	Que atitude toma(m) perante esse comportamento?
Respostas realizadas pela educadora do Filipe						
“Saltar das mesas”	“Entrada na sala”	“Sempre chega um colega”	“Jardim de Infância”	“Educadora colegas”	“Muitas vezes”	“Repreender”
“Espetar o garfo nos colegas!”	“O adulto afastar-se”	“Ao almoço”	“Jardim de Infância”	“Educadora colegas”	“Algumas vezes”	“Reprender obrigar a pedir desculpa”
“Mexer dentro da sanita”	“O adulto afastar-se”	“Antes das refeições”	“Na casa de banho”	“Com os colegas”	“Muitas vezes”	“Repreender”
“Bater nos colegas e adultos”	“Depois de ser contrariado”	“Ao longo do dia”	“Na sala e no exterior”	“Adultos e colegas”	“Muitas vezes”	“Repreende-lo sentá-lo a descansar”
“Espalhar os jogos”	“Quando digo para arrumar”	“Antes das refeições e da história”	“Na sala”	“Adultos e colegas”	“Algumas vezes”	“Obrigo a apanhar as roupas do chão”
Respostas dos pais do Filipe						
“Mandar-se para o chão”	“Contrariar”	“Quando se encontra com o iPad”	“Em casa, mas também em outros locais”	“Mãe e pai”	“Algumas”	“Castigo”
“Partilhar “	“Quando lhe tiram algo que está a brincar”	“Qualquer menino”	“Em qualquer sítio”	“Com qualquer pessoa”	“Muitas vezes”	“Repreender a atitude”

9.1.5. Plano de intervenção/Objetivos

Com base nos dados recolhidos e supramencionados foi delineado o plano de intervenção, que poderá ser observado na tabela 9.

Tabela 9: Apresentação do Plano de intervenção do Filipe e registo dos objetivos comportamentais.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos comportamentais	Adquirido
Cognição	Desenvolver a identificação de cores	Nomear corretamente as cores azul, vermelho, amarelo e verde, quando lhe é mostrando um objeto dessa cor	
	Melhorar a capacidade de reproduzir modelos visuais	Copiar a ponte de 3 cubos (com modelo à vista), sem hesitações.	Atingido
		Construir escada de 3 degraus com 6 cubos, após demonstração, envolvendo a retenção do modelo padrão exposto durante 5 segundos.	
Competências Sociais	Diminuir comportamentos sociais desajustados	Reduzir a frequência comportamento de subir e saltar das mesas.	Atingido
		Extinguir o comportamento de espetar os garfos nos colegas	Atingido
		Reduzir a frequência o comportamento de mexer na água da sanita.	Atingido
		Reduzir a frequência do comportamento de bater nos colegas e adultos.	Atingido
		Reduzir a frequência do comportamento de espalhar os jogos.	Atingido
		Reduzir a frequência das birras (atirando-se para o chão).	Atingido
	Melhorar a partilha de brinquedos e interação com os pares	Partilhar brinquedo quando lhe pedem, em pelo menos 4 vezes por semana, durante 3 semanas.	Atingido
		Realizar atividades em grupo, em pelo menos 4 vezes por semana, durante 3 semanas.	Atingido
		Cumprir, em aproximadamente 75%, as regras do adulto.	Atingido

Linguagem¹³	Melhorar a compreensão	Compreender ordens relacionadas com o emparelhamento de objetos relacionados	
		Identificar imagens opostas	
		Adquirir noções espaciais	
	Melhorar a expressão verbal	Fazer nomeação de objetos presentes no seu quotidiano	
		Adquirir estrutura frásica mais complexa (sujeito-verbo-objeto)	
Motricidade Global	Desenvolver o equilíbrio dinâmico	Correr em “bicos de pés”, num percurso de 2m, sendo aceitável alguns reajustes posturais.	Atingido
		Dar 3 saltos ao pé-coxinho, sendo aceitável ligeiros reajustes posturais.	Atingido
		Andar, pelo menos 4 passos, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé, em cima de uma linha	Atingido
Motricidade Fina	Melhorar o desenho realizando pega tripode	Imitar/Copiar o círculo, sendo aceitável uma abertura, com as extremidades entre o 1,3 – 2,5 cm, pelo menos $\frac{3}{4}$ do círculo está completo.	Atingido
		Imitar/Copiar uma cruz, onde as linhas se cruzam, sendo aceitável que se afastem mais de 20 graus da perpendicular.	Atingido
		Copiar o quadrado sendo aceitável que os lados se desviem mais de 30 graus da vertical/horizontal ou com 2 cantos abertos.	
		Desenhar o próprio corpo com cabeça, olhos, boca, nariz, pernas, braços e dedos, sendo nem exageradamente pequeno ou grande, pré geometrizado, pouco organizado em formas e proporções.	

Nota: Os espaços em branco correspondem aos objetivos não atingidos.

¹³ Os objetivos delineados na área da linguagem foram traçados pela técnica de TF e apesar de terem sido consideração durante o apoio em PM e uma vez que o Filipe usufruía de apoio em TF, estes não foram o foco da intervenção, por esse facto não serão considerados como objetivos de intervenção.

9.1.6. Intervenção psicomotora

Os apoios do Filipe caracterizaram-se inicialmente por uma abordagem de **aproximação e criação de empatia**, bem como um **melhor conhecimento das capacidades e competências** do Filipe, para que os objetivos traçados e o planeamento da intervenção em PM fossem os mais adequados e eficazes, tanto quanto possível.

Deste modo, considerando que o Filipe apresentava como **área menos forte o comportamento** e, de forma de permitir uma livre exploração do espaço e objetos achou-se pertinente realizar os primeiros apoios fora do contexto da sala do JI. Para além disso, achou-se pertinente ter a presença de alguns colegas nos apoios de forma a **potenciar a interação com os pares e a inibir os comportamentos desajustados** que o Filipe vinha a apresentar.

Apesar de planeados e de os objetivos concretos estar delineados, os apoios eram realizados tendo em consideração os interesses e disposição da criança naquele dia. No entanto, de modo ajudar a criança a organiza-se e a ser mais estruturada, os apoios tinham um **ritual de entrada** que consistia em descalçar e os sapatos, em calçar as meias antiderrapantes e realizar a chamada do que se tinha realizado anteriormente e um **ritual de saída** que compreendia, arrumar o material, descalçar as meias antiderrapantes e calçar os sapatos.

Durante os apoios a TEPM sentiu necessidade de **induzir algumas atividades** de caráter mais simbólico, **de forma a criar momentos de interação e cooperação**, bem como ajudar a estruturar as atividades. Também se procurava levar à execução de atividades que permitissem desenvolver o **equilíbrio dinâmico** e que trabalha-se a **área cognitiva**.

Ainda nesta fase da intervenção a TEPM tentou concretizar **momentos de relaxação** e de **consciencialização corporal** durante os apoios, para uma maior integração e reconhecimento corporal e diminuição de ansiedade, no entanto nunca foram bem aceites pelo Filipe, tendo um efeito inverso ao desejado. Pois existia por parte deste alguma rejeição ao toque do objeto e do outro, deixando de fazer sentido prosseguir com este tipo de atividade.

Numa fase posterior do apoio verificou-se uma maior integração e colaboração do Filipe nas atividades com os pares durante o apoio sentindo-se a necessidade de passar a realizar os apoios em contexto de sala de JI e a realizar 2 apoios em vez de 1 apoio apenas, para que houvesse uma maior e mais rápida transição desses comportamentos para o contexto natural da criança. Estes apoios caracterizaram-se por serem constituídos por uma parte onde a **intervenção era realizada de uma forma menos estruturada, mas mais contextualizada e uma outra com atividades mais estruturadas**.

Assim **os apoios passaram a realizar-se em contexto de sala do JI**. O primeiro apoio iniciava com uma atividade escolhida pelo Filipe, depois realizava-se algumas atividades de mesa. No segundo apoio, o Filipe deixava de estar numa interação mais direta com a TEPM, i.e., passava a realizar as atividades planeadas pela educadora para esse dia ou a brincar com os pares, sem a intervenção “constante” da TEPM. Nesta fase do apoio a TEPM intevia pontualmente e sempre que o comportamento do Filipe se revelava desajustado.

Essas intervenções consistiam em **ajudar o Filipe a adquirir estratégias de resolução de problemas, para que fosse cada vez autónomo e capaz de resolver conflitos** (e.g., ajudando-o a verbalizar o seu desagrado perante determinada situação); **ajudar a refletir e a consciencializar as atitudes incorretas que cometeu**, e.g., subir para cima das cadeiras e mesas, lembrar as regras a serem cumpridas e quais as que seriam corretas, que neste caso passaria por lembrar como se deve utilizar as cadeiras e mesas (e.g. as cadeiras servem para nos sentarmos, e a mesa serve para comer, pintar, jogar, etc.)

9.1.7. Estratégias de intervenção

As **estratégias** a que a TEPM recorreu durante o período de intervenção, com o intuito de realizar um trabalho que **criasse as condições necessárias** para que os **objetivos traçados fossem alcançados**, passaram pela **utilização de vários objetos** como bolas, lápis de cera, marcadores, folhas, cadeiras, plasticina, balões, túnel, arcos, puzzles da figura humana, cubos, lençol, alteres para os tornozelos, cartões com imagens de comportamentos corretos e incorretos, *smiles* (tristes e felizes), etc., para que, através da **exploração de diferentes materiais e de exercícios como a passagem por entre o túnel ou o envolvimento do corpo no lençol**, se desenvolvesse uma **melhor integração dos limites corporais**; ou a **identificação de imagens com comportamentos corretos e incorretos e a atribuição de *smiles* tristes ou felizes** a essas mesmas imagens, sendo também realizado um trabalho ao nível da verbalização das emoções, sentimentos e vontades, com vista à **aquisição de uma maior autonomia e capacidade de resolução de problemas de forma adequada**, para assim **potenciar comportamentos sociais mais ajustados**.

A TEPM recorreu também a **atividades de construções** com cubos e figuras geométricas diversificadas, construção de puzzles da figura humana, desenho humano, manuseamento de plasticina, construção e desenho da cruz, do quadrado, percurso com túneis, arcos, gincanas/percursos, etc., foram utilizadas para que fosse potenciado o **desenvolvimento ao nível da cognição na nomeação de cores e retenção e construção de modelos visuais**; ao nível da motricidade global, na **melhoria do equilíbrio dinâmico**; e ao nível da motricidade fina, nas suas **componentes de manipulação fina e integração visuo-motora**.

9.1.8. Avaliação final

A avaliação final do Filipe caracterizou-se pela reaplicação das seguintes escalas de avaliação: SGS, o “Teste de articulação verbal” e uma “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”, os resultados das mesmas serão apresentados seguidamente (com a exceção do Teste de articulação verbal como já foi mencionado anteriormente), fazendo uma análise comparativa com a avaliação anterior.

No dia 8 de Maio de 2013, foi realizada uma reavaliação pela técnica de TF, com a **SGS**, tendo o Filipe à data 4 anos e 3 meses de idade, na estrutura educativa que frequentava. Durante a aplicação da mesma, o Filipe esteve muito mais colaborante, realizando todas as tarefas solicitadas, demonstrando ainda maiores tempos de atenção/concentração.

Os resultados obtidos nesta avaliação indicam que o Filipe mantém um perfil de desenvolvimento homogéneo e, como poderemos verificar na figura 9, o Filipe fez grandes progressos ao nível da área social, encontrando-se também nesta área dentro dos padrões esperados para a sua faixa etária.

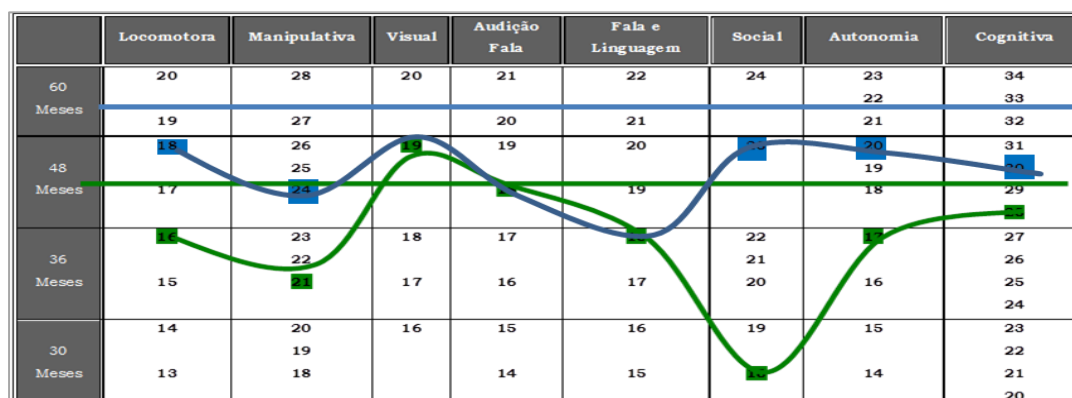


Figura 9: Perfil Inicial e final do Filipe segundo “SGS”.

A **reavaliação com a SGS** permitiu verificar que o Filipe realizou evoluções ao nível da área locomotora manipulativa, social, autonomia e cognitiva. No que reporta às áreas da audição e fala e fala e linguagem, apesar de não estarem espelhadas no gráfico anterior, as evoluções também ocorrem de forma expressiva.

De seguida passaremos a descrever detalhadamente cada uma das suas Capacidades, após a intervenção:

Capacidades Locomotoras: O Filipe evoluiu nesta área motora, obtendo uma cotação superior à anterior em 2 pontos, pois foi capaz de andar e correr em bicos dos pés e dar 3 saltos ao pé-coxinho e, apesar de alguma insegurança, conseguiu dar 4 passos, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé, em cima de uma linha.

Capacidades Manipulativas: nesta área a sua cotação na avaliação final comparativamente à inicial foi superior em 3 pontos, sendo que à data realizou as seguintes atividades que anteriormente não o fizera: copiou a ponte de cubos (com modelo à vista) e copiou o círculo. No desenho da figura humana, desenhou a cabeça pernas, braços, mãos e pés.

Capacidades Visuais: Ao nível das capacidades Visuais, não houve evolução, no entanto este encontra-se dentro dos padrões considerados normais. Na combinação dos 10 cartões de cores, fê-lo sem dificuldade, sem trocar o azul-escuro com o azul-claro.

Capacidades de Audição e Fala: O Filipe não apresentou evoluções mas continua a encontrar-se dentro dos padrões considerados normais.

Capacidades de Fala e Linguagem: Apesar de não ter existido alteração na cotação o Filipe, ao nível da Linguagem Expressiva, apresentou uma estrutura frásica mais complexa utilizando palavras interrogativas (Onde? O quê?). Soube canções infantis. O seu discurso foi por vezes impercetível, no entanto apresentou evoluções ao nível da articulação e do discurso espontâneo.

Capacidades de Interação Social: O Comportamento Social foi a área onde a evolução do Filipe mais se destacou passando de uma cotação inicial de 18 pontos para uma cotação final de 23 pontos. As principais mudanças no comportamento do Filipe estão relacionadas com a diminuição dos comportamentos agressivos perante os colegas fazendo com que os seus comportamentos fossem mais adequados nas brincadeiras com os pares. Existiu uma maior facilidade em partilhar os seus brinquedos. Foi capaz de nomear o melhor amigo da sala e foi capaz de aguardar a sua vez no jogo.

Capacidades Sociais de Autonomia: a evolução nesta área foi de 3 pontos verificando-se que o Filipe, durante a refeição, segundo a educadora e os pais, comia de faca e garfo em casa e também escola (inicialmente só o fazia em casa, mas como deixou de agredir os colegas com a faca passou realizar esta ação nos dois ambientes). Durante a noite manteve-se seco e demonstrou capacidade de lavar e secar as mãos e a cara completamente.

Capacidades Cognitivas: Filipe evoluiu nesta área, sendo já capaz de construir a ponte com os cubos. O desenho da figura humana era muito mais completo e a sua capacidade de relacionamento com os pares era claramente melhor.

No que reporta à “**Ficha de Registo do Comportamento da Criança**” esta foi preenchida novamente pelos pais do Filipe a 20 de maio de 2013 e pela educadora a 21 de maio de 2013.

As respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe encontram-se transcritas na tabela 10, e, como podemos verificar, ao compararmos com a tabela 8 exposta na página 41, o Filipe deixou de exibir de forma desadequada os comportamentos desajustados mencionados anteriormente, quase na sua totalidade, mas manteve o “bater no adulto” passando de “muitas vezes” para “algumas vezes”. No entanto, verificamos que dois novos comportamentos são mencionados, pela educadora do Filipe, como desajustados, sendo eles o “gritar com o adulto” e o “sair da mesa à hora da refeição”.

Tabela 10: Apresentação das respostas fornecidas pela educadora e pelos pais do Filipe na fase da avaliação final na “Ficha de Registo do Comportamento da Criança”.

Ficha de Registo do Comportamento da Criança (Oliveira, 2013)						
Quais os comportamentos que o preocupam?	O que aconteceu antes do comportamento? (interrupção da tarefa, nenhuma atenção, etc.)	Quando ocorre? (ex. pequeno almoço, ao deitar, etc.)	Onde ocorre? (ex. casa, rua, supermercado, banho, etc.)	Com quem ocorre? (ex. mãe, avós, etc.)	Frequencia? (Poucas, algumas, muitas vezes?)	Que atitude toma(m) perante esse comportamento?
Respostas realizadas pela educadora do Filipe						
“Gritar com o adulto”	“Foi contrariado”	“Mais em contexto de sala”		“Adultos”	“Muitas vezes”	“Repreender”
“Bater no adulto”	“Foi contrariado”	“Mais da parte da manhã”	“Mais na sala”	“Adultos da sala”	“Algumas vezes”	“Senta-se de castigo”
“Sair da mesa à hora da refeição”	“Algo que lhe despertou o interesse”	“Mais à hora do almoço”	“Na sala”		“Muitas vezes”	“Repreender”
Respostas dos pais do Filipe						
“Não se aplica”						

9.1.9. Análise comparativa dos objetivos

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de aproximadamente 7 meses, de um total de 19 objetivos comportamentais (ver tabela 9, na pág(s). 42 e 43), foram atingidos 15, ou seja foram alcançados 79% dos objetivos delineados, ficando por alcançar 4 objetivos, ou seja 21%.

Na figura 10 poder-se-á observar que esses objetivos foram subdivididos em 4 áreas de intervenção com objetivos distribuídos de forma heterogénea pelas diferentes áreas, verificando-se uma maior incidência nas áreas em que o Filipe apresentava mais dificuldades. Pode-se ainda verificar de forma quantitativa quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

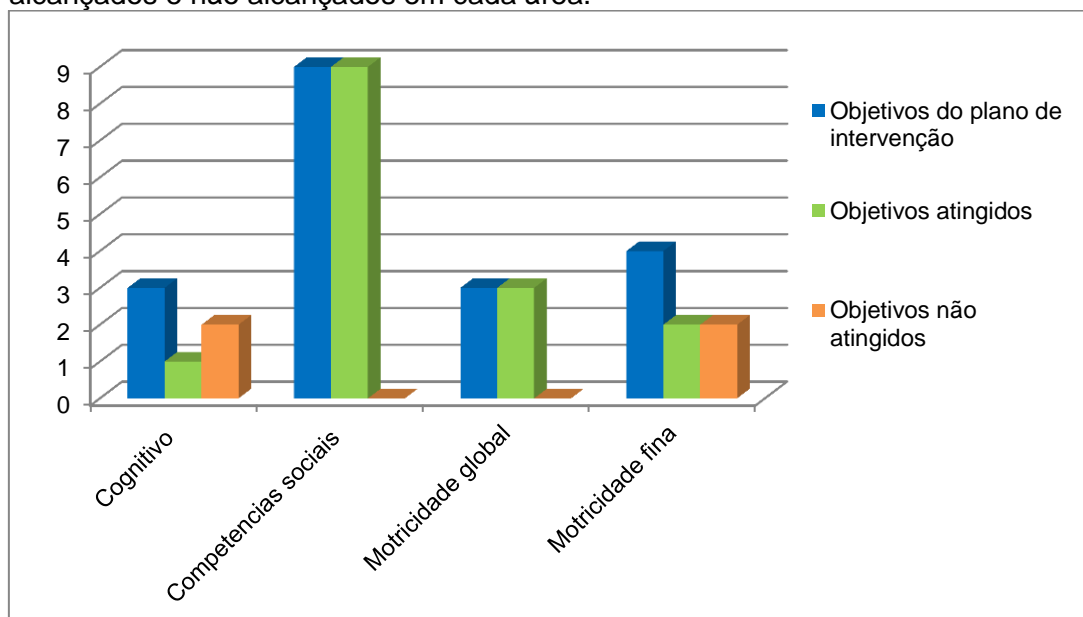


Figura 10: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção do Filipe.

9.1.10. Resultados qualitativos do Filipe durante o processo de intervenção

No decorrer dos apoios foi possível verificar e acompanhar a evolução do Filipe nas diferentes áreas de intervenção.

Assim, ao nível dos **comportamentos sociais**, o Filipe melhorou claramente o seu comportamento, tendo sido possível verificar uma maior interação com os pares, mas e uma maior facilidade em partilhar os seus brinquedos com os pares, apesar de ainda necessitar pontualmente necessitar de alguma intervenção do adulto para que partilhasse os seus brinquedos com os pares. Manifestou verbalmente, com mais facilidade, os seus sentimentos, emoções, agrados e desgostos. Comportamentos como: espetar o garfo, bater nos colegas, mexer na água da sanita, espalhar os jogos, fazer birra deitando-se no chão e saltar das mesas já não se verificavam. Contudo, segundo a educadora, apesar de melhor ainda se verifica o comportamento de bater no adulto quando contrariado, para além disso também referiu que o Filipe grita com o adulto quando contrariado e sai da mesa à hora da refeição quando algo lhe desperta interesse (em ambas as situações fá-lo “muitas vezes”).

Na componente **cognitiva** o Filipe, apesar de ter evoluído, ainda manifestou dificuldade em nomear as cores, identificou a cor de laranja, o amarelo (se lhe é referido que é a cor do sol) e é capaz de construir uma pirâmide com modelo à vista.

Na **motricidade global** verificaram-se evoluções positivas, sendo que o Filipe

foi capaz de correr em bicos de pés num percurso de 2m, saltar em apoio unipedal mais de 3 passos e realizar 3 passos colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé, em cima de uma linha.

Quanto à **motricidade fina** as evoluções também foram evidentes. O Filipe foi capaz de desenhar o círculo e a cruz quando lhe era pedido, quando lhe foi pedido para copiar o quadrado, fê-lo de forma imperfeita e sem os ângulos bem definidos (forma redonda). Ao nível do desenho humano verificou-se uma grande evolução, contudo esqueceu-se, ocasionalmente, de alguns pormenores anatómicos.

Ao nível da **linguagem** verificaram-se melhorias consideráveis, relativamente à sua articulação, tornando o seu discurso mais perceptível, assim como no aumento do seu vocabulário e da complexidade da estrutura frásica presente no seu discurso espontâneo.

9.1.11. Conclusão

O Filipe evoluiu de forma muito expressiva em todas as áreas de intervenção, mas como se torna pertinente a continuação da intervenção nos diferentes domínios, foram fornecidas mais estratégias e sugeridas novas atividades aos pais e à educadora do Filipe.

Para além disso, é pertinente a continuação dos apoios em TF uma vez que, apesar de este apresentar grandes melhorias ao nível da articulação, esta ainda continua a ser uma barreira na sua socialização.

A área cognitiva suscita alguma atenção por parte de técnicos, pais e educadora, por isso ficou acordado que no início do novo ano letivo se fosse sentida essa necessidade, seria realizada uma avaliação por uma educadora de EE que aconselharia algumas estratégias de intervenção a serem trabalhadas nos diferentes contextos do Filipe.

O Filipe deixou de beneficiar do apoio em PM, ficando a ser acompanhado pela técnica de TF (responsável de caso).

9.2. Estudo de caso 2 – Ana

9.2.1. Historial pessoal e familiar

A **Ana** é uma criança do género feminino, que nasceu a 20 de junho de 2009. Residia com a família na área de Lisboa, no final do ano de 2012 **passou a viver em Oeiras com os pais, o irmão (8 meses), a avó paterna (que viria a falecer em 2013) e a empregada interna**. Os pais encontravam-se ambos desempregados e referem ter o **apoio dos avós paternos e maternos, dos tios e sobrinhos**.

Filha de pais saudáveis, a Ana nasceu de uma **gravidez gemelar** (o outro bebé não sobreviveu), por cesariana (deslocamento da placenta), **com 24 semanas de gestação, com um peso de 480 g**, com um comprimento de 27,5 cm, com o perímetro cefálico de 20,7cm, e com um índice de Apgar 1':5 5':8.

Devido aos vários problemas decorrentes da sua extrema prematuridade e baixo peso esteve internada nos primeiros 146 dias de vida e após a alta hospitalar, passou a ter acompanhamento de modo multidisciplinar, em regime de ambulatório em áreas como a neonatologia e desenvolvimento, nutrição, oftalmologia, gastroenterologia pediátrica, endocrinologia pediátrica, psicologia, otorrinolaringologia, no centro de desenvolvimento diferenças e pela pediatra assistente.

No que se reporta ao seu desenvolvimento psicomotor foram evidentes atrasos nas aquisições, ao longo do seu crescimento, segundos os padrões normais.

A entrada da Ana numa estrutura educativa ocorreu pela primeira vez em setembro de 2012.

9.2.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI

A Ana estava a ser apoiada pela ELI Lisboa Norte, e foi encaminhada por esta equipa para a ELI Oeiras (por alteração de residência), tendo sido referenciada por apresentar **alterações nas funções ou estruturas do corpo – motor, linguagem e comunicação, por prematuridade, muito baixo peso à nascença e complicações neonatais.**

No encaminhamento feito pela ELI de Lisboa referiam que a Ana **necessitava de apoio especializado especialmente em TA e PM** para ultrapassar as dificuldades causadas pela prematuridade.

Aquando da sua integração na ELI de Oeiras, a Ana, apresentava um **atraso no desenvolvimento estado-pondural, para o qual contribuiu um refluxo gastro-esofágico grave corrigido cirurgicamente**; a nível oftalmológico tem **estrabismo e miopia** (utilizava óculos de correção: 1,5 no olho esquerdo e 3,5 no olho direito); tem **alteração da idade óssea** (atualmente tem 2 anos), **está a fazer um estudo dos cromossomas** e apresenta um **atraso ao nível psicomotor e de linguagem expressiva.**

Durante o período de intervenção a Ana esteve a ter acompanhamento médico em diferentes serviços, nomeadamente: em consultas de Gastroenterologia Pediátrica e Endocrinologia, Oftalmologia, Nutrição, Neonatologia e Desenvolvimento e no centro de saúde pela médica de família.

Durante o tempo de intervenção esteve integrada na estrutura educativa em Oeiras, na sala dos 3 aos 5 anos. Para além do apoio prestado pela ELI de Oeiras, a Ana também usufruiu do apoio da Docente de Educação Especial do JI onde ela está inserida.

A Ana foi descrita pelos pais e educadora como sendo uma menina que **gostava de brincar, de deslizar no escorrega, de brincar na casinha, de jogos de encaixe, de legos, de pintar com tinta e ouvir histórias.**

As **principais preocupações manifestadas pela família** eram referentes à alimentação. Os pais mencionam que a Ana **come pouco e não gosta de estar à mesa, nem de comer sopa, mas come bem a sopa no JI.** Os pais referem os comportamentos da Ana como uma preocupação e que faz **realiza bastantes birras.**

A Educadora de sala da Ana e a Docente de Educação Especial (pertencente ao JI a que a Ana frequenta) manifestaram **preocupação com a componente motora, cognitiva e da autonomia** (especialmente no controlo dos esfíncteres).

A Ana deu entrada na ELI de Oeiras a 4 de dezembro de 2012 e iniciou o apoio semanal em PM individual a 4 de fevereiro de 2013, o apoio semanal em grupo iniciou-se a 20 de fevereiro de 2013 (uma vez que faltou anteriormente). A técnica responsável de caso era a fisioterapeuta.

9.2.3. Calendarização dos apoios prestados

A 30 de janeiro a técnica tem o primeiro contacto com a Ana e em conjunto com a fisioterapeuta é aplicado a SGS. A 4 de fevereiro de 2013 a TEPM estabeleceu o primeiro contacto com a família que presenciou o primeiro apoio realizado pela TEPM, ficando acordado que os **apoios seriam bissemanais**, um à segunda-feira de manhã, no qual os pais estariam presentes (facto que não se veio a verificar, uma vez que os pais não compareciam aos apoios) e um segundo às quartas-feiras a realizar no JI na aula de ginásio ou no grupo de AMG da CERCIOEIRAS, sendo que esta decisão seria tomada após uma observação da Ana nesses dois contextos de modo a verificar qual a situação mais benéfica para a criança.

Assim, os apoios tiveram início a 4 de fevereiro e terminaram a 29 de maio de 2013 e, após as devidas observações e considerações, ficou acordado que **o apoio individual em PM** se mantinha às segundas-feiras de manhã no JI e a Ana passaria a realizar **apoio de grupo na CERCIOEIRAS no grupo de AMG** às quartas-feiras de manhã, cada apoio teve a duração de 45 minutos.

O processo de intervenção da Ana passou por diferentes fases, como se poderá observar na figura 11. Inicialmente procedeu-se a uma avaliação inicial formal e informal, a uma observação em dois contextos diferentes (no JI durante a aula de ginástica e no grupo AMG no ginásio da CERCIOEIRAS), seguida de intervenção individual e intervenção em grupo, tendo sido concluído com uma avaliação final informal. No que se refere às reuniões com os pais, estas foram sendo realizadas ao longo de todo o processo de intervenção, sempre que se sentiu necessidade.

Ao longo do período de intervenção, dos 30 apoios diretos previstos realizaram-se 17, i.e., foram realizados cerca de 69% dos apoios previstos, em cerca de 29% das faltas foram praticadas pela Ana (a grande maioria foi por motivos de doença, os restantes foram por estar a realizar um passeio escolar, chegar muito atrasada ao apoio de grupo, já não fazendo sentido participar no mesmo) e cerca de 2% foram realizadas pela TEPM devido a uma reunião da ELI de Oeiras no HSFX.

Na figura 12 poder-se-á constatar que existiram um número ainda considerável de faltas aos apoios, existindo um maior número de presenças no apoio individual do que no apoio em grupo. Para além disso, o número de presenças nos apoios de grupo é inferior ao número de faltas e os apoios diretos (avaliação inicial e final, intervenção individual e intervenção em grupo) realizados foram substancialmente superiores aos números de apoios indiretos prestados (observação, reunião com os pais).

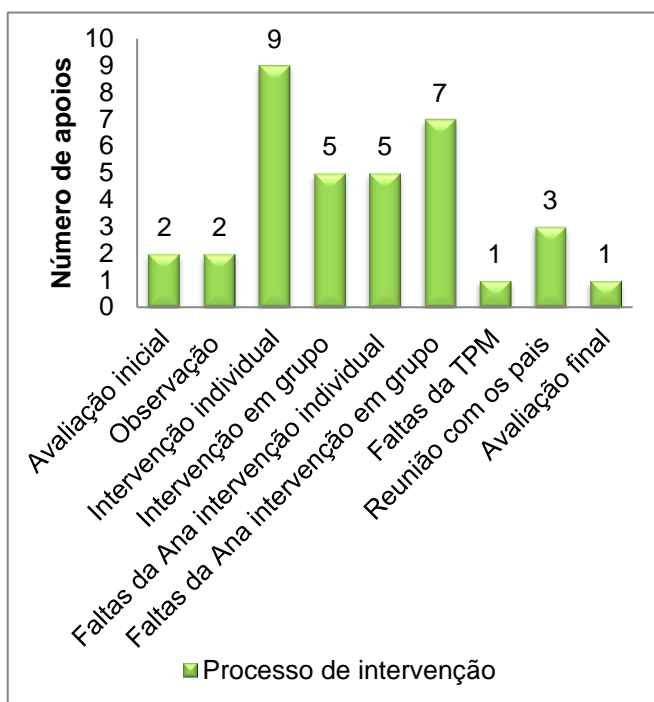


Figura 11: Fases do processo de intervenção.

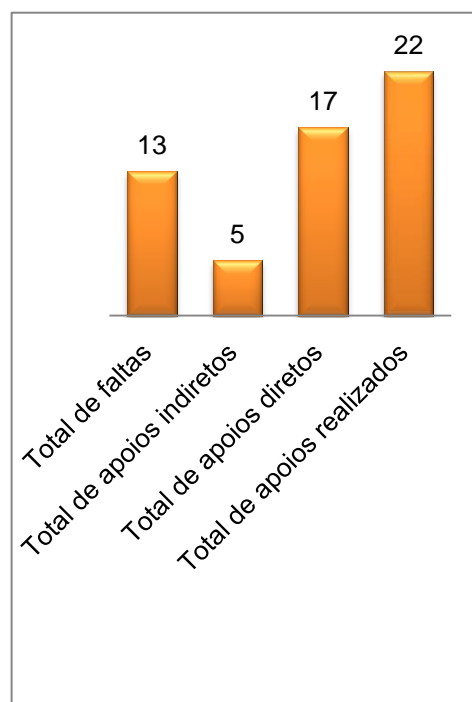


Figura 12: Representação gráfica do total de faltas realizadas, do tipo e total de apoios prestados pela TEPM.

9.2.4. Avaliação Inicial

A avaliação inicial da Ana caracterizou-se por dois tipos de avaliação distintos, a **avaliação informal** e a **avaliação formal**.

A **avaliação formal** caracterizou-se pela aplicação da SGS. A **avaliação informal** caracterizou-se por **dois momentos iniciais de observação** por parte da TEPM. O primeiro momento decorreu durante a aula de ginástica no JI da Ana e o segundo momento foi no Grupo de AMG na CERCIOEIRAS. Desses dois momentos

foi possível observar alguns comportamentos na Ana que estiveram na base da escolha do seu apoio no grupo AMG em detrimento do apoio na aula de ginástica do JI. O **apoio inicial** teve como **objetivo complementar a avaliação formal e conhecer melhor a Ana**, bem como **criar uma boa relação empática**.

Os dados obtidos, na avaliação formal e informal, foram posteriormente utilizados na planificação e intervenção e, serão resumidamente expostos nos dois pontos seguintes.

9.2.4.1. Avaliação Inicial Formal

No dia **30 de Janeiro de 2013** a Ana, aos **3 anos e 7 meses**, foi avaliada pela fisioterapeuta e pela TEPM, na estrutura educativa que frequentava, com a escala SGS. Como não foi possível observar a Ana em todos os contextos, foi necessário recorrer a algumas informações fornecidas pela educadora da sala, para complementar a avaliação.

A Ana mostrou-se bem-disposta, sem evidenciar sinais de irritabilidade ou nervosismo, estava recetiva às atividades e com capacidade de concentração. No entanto, rapidamente alterava o seu objeto de interesse. Interagiu bem com os técnicos sem evidenciar inibição perante o adulto.

Os resultados obtidos desta avaliação indicaram que a Ana apresentava um nível de desenvolvimento heterogéneo, estando com grande diferenciação de áreas de desenvolvimento, encontrando-se abaixo do esperado para a sua faixa etária nas áreas de locomoção, manipulativa, fala e linguagem, social, autonomia e cognitiva, como podemos verificar na figura 13.

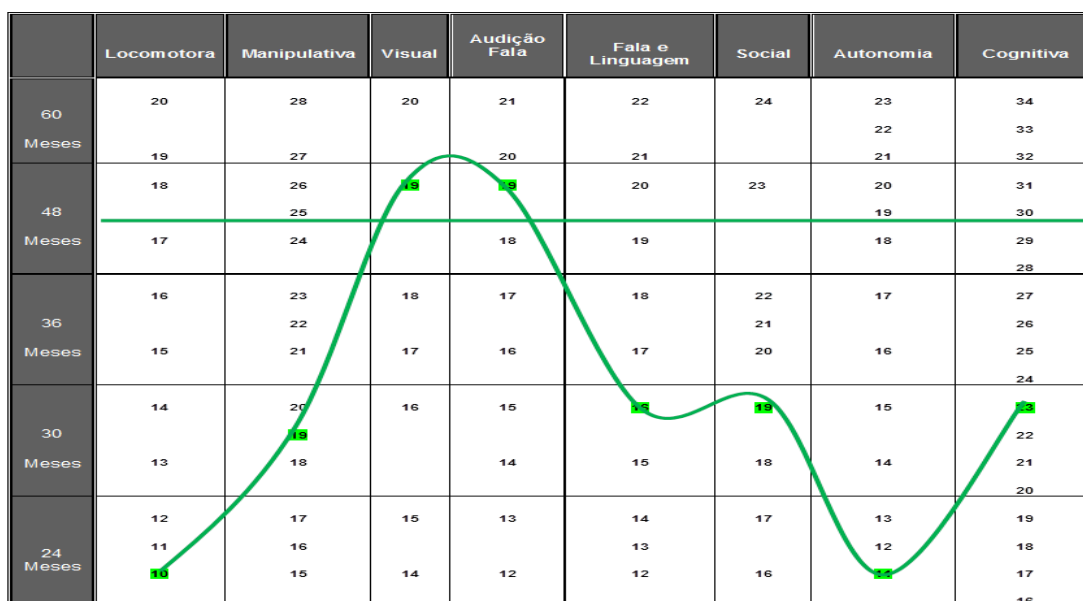


Figura 13: Perfil de desenvolvimento inicial da Ana segundo a “SGS”.

Segundo os resultados obtidos pela SGS a Ana apresentava como áreas fortes, a visual e a audição e fala, como áreas intermédias a manipulativa, a fala e linguagem e a social e como áreas menos fortes a locomoção e a autonomia. De seguida passaremos a descrever detalhadamente cada uma das Capacidades avaliadas na Ana:

Capacidades Locomotoras: a Ana realizou marcha independente com alguns desequilíbrios, colocou os pés ligeiramente afastados (com pronação do pé direito) e evitando os obstáculos; apanhou um objeto do chão sem cair. A corrida e o salto a pés juntos de um degrau ainda não foram adquiridos. Subiu escadas e desceu com apoio, revelando insegurança e sem alternância de membros.

Capacidades Manipulativas: a Ana colocou os pinos na tábua de encaixe no

tempo esperado (menos de 30 segundos). Fez uma torre com 10 cubos e, no copiar a ponte com 3 cubos, colocou os cubos em cima e ao lado da ponte realizada pelo técnico. No desenho realizou rabiscos circulares e imitou uma linha na horizontal. Na figura humana realizou rabiscos circulares enquanto verbalizava as partes do corpo (cabeça, olhos, boca, nariz). Apresentou a pega do lápis transpalmar radial e preferência manual direita.

Capacidades Visuais: no que se refere à Compreensão Visual, a Ana reconheceu pequenos detalhes nas imagens dos livros e combinou os 10 cartões de cores.

Capacidades de Audição e Fala: na área da Compreensão Auditiva, à questão “Qual dos meninos é que não tem sapatos?”, assinalou na imagem os sapatos que o menino calçava, revelando incompreensão de negativos. Conseguiu realizar uma ordem com 2 instruções e compreendeu perguntas como “o que fazes quando tens fome?” ao que respondeu, “como”.

Capacidades de Fala e Linguagem: ao nível da Linguagem Expressiva, manteve uma conversação simples e descreveu acontecimentos, mas sem revelar conhecimento de músicas infantis ou comerciais ou capacidade de relatar acontecimentos recentes (confirmado posteriormente pela educadora). Verificou-se uma repetição de palavras (ecolália) que foram confirmadas pela educadora.

Capacidades de Interação Social: no que se reporta ao Comportamento Social, evidenciou comportamentos rebeldes quando contrariada, a educadora referiu que a Ana iniciou o brincar com as outras crianças e que não partilha os brinquedos. No jogo, foi capaz de atirar uma bola pequena (por cima da cabeça) e aguardar pela sua vez.

Capacidades Sociais de Autonomia: na Alimentação, comeu sozinha com colher, segundo a educadora levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade, mas ainda não come de faca e colher. A educadora referiu ainda que a Ana não dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhada ou com fezes, nem antecipa as necessidades de higiene com comportamentos agitados ou vocalizações. No que se refere a lavar as mãos, essa atividade não é realizada devido à estatura da Ana, que a impossibilita de chegar à torneira.

Capacidades Cognitivas: a Ana construiu a torre de 10 cubos, imitou a linha horizontal, reconheceu pequenos detalhes de figuras, combinou os dez cartões de cores e demonstrou saber esperar pela sua vez.

9.2.4.2. Avaliação Inicial Informal

No dia **4 de fevereiro de 2013** efetuou-se o primeiro apoio da Ana e estiveram presentes a Ana e seus pais, a técnica de F e a TEPM.

A TEPM conheceu os pais da Ana à entrada JI. O pai levou a Ana da sala para o ginásio, local onde o apoio foi realizado, o colo. Na presença dos pais a Ana demonstrou uma **postura muito mais inibida para com a TEPM, que gradualmente foi perdendo, comparativamente ao dia em que foi avaliada.**

Durante o apoio a Ana destacou-se os seguintes comportamentos da Ana: ajudou a **construir o percurso**, apresentou resistência a deitar e rolar; sempre que desceu do colchão caiu sempre; Fez birra junto aos arcos e tentou agarrá-los; Atirou a bola sem intencionalidade para a técnica, algumas vezes sem olhar atirando a bola noutra direção. Ao reiniciar o percurso pela segunda vez, apresentou comportamento de birra e a mãe ofereceu-se para acompanhá-la na realização do percurso, mantendo-se até ao fim sempre a incentivá-la.

Agarrou, abriu e colocou as molas no cartão, esporadicamente fez preensão em pinça e pontualmente foi necessário a utilização de alguma ajuda física para abrir a mola; tirou as molas do cartão sem ajuda. A Ana necessitou de uma pequena ajuda para abrir a tampa do frasco, fechou-a sem ajuda e colocou os feijões realizando pega em pinça, mas tentou colocar, várias vezes, mais do que um feijão no frasco. Demonstrou saber para que servia a tesoura, abriu-a com as duas mãos, mas não

cortou a folha; conseguiu rasgar o papel.

Quando questionada referiu que: que se chama “Nana” (nome pelo qual é tratada pelos pais); tinha 5 anos quando tinha 3 anos; respondeu que era uma menina; demonstrou perceber o conceito de um; apertou a bola de espuma com as duas mãos e com uma de cada vez, comprimiu ligeiramente a bola.

No final do apoio ajudou a arrumar o material.

No dia **6 de fevereiro de 2013**, realizou-se a **primeira observação** por parte da TEPM com o **objetivo de observar a interação e a integração da Ana na aula de ginástica com os pares bem como nas atividades realizadas**.

Ainda na sala, a Ana foi integrada na fila com os colegas, para irem para o ginásio. A fila desintegrou-se porque a Ana caminha mais lentamente que os restantes meninos o que levou a auxiliar a pegar nela ao colo.

Na atividade de aquecimento sentiu desorientada perante os pedidos para, e.g. sentarem-se, saltarem como o coelho, etc. não conseguindo acompanhar o grupo,. Acompanhada e incentivada pela TEPM para realizar as atividades, notou-se que estava um pouco desorientada, fez birras, pois não queria executar as atividades e tentou bater na técnica com a mão.

No percurso, a Ana foi capaz de realizar o percurso, mas com adaptação de alguns exercícios do percurso e com a ajuda da TEPM.

A Ana rolou no colchão, mas apresentou comportamentos de birra. Subiu e desceu do espaldar com alguma ajuda física e verbal. Andou em cima de uma estrutura de aproximadamente 5 cm de largura e 4 m de comprimento com ajuda física moderada, andou pelos arcos e subiu a cunha.

No jogo de equipa, a Ana teve dificuldade em ficar na fila, realizou a atividade de ir buscar o arco ao pino, mas sem propriamente estar em jogo.

A educadora referiu que a Ana costuma estar com uma bola enquanto os meninos realizam os jogos de equipa, pois esta não consegue acompanhar o restante grupo. De certo modo durante os apoios sentiu-se que Ana não estava acostumada a observar

No **retorno à calma**, foi pedido aos meninos para se deitarem no chão em decúbito ventral. A Ana teve dificuldade em manter-se deitada no chão, sendo necessário o reforço verbal e físico, por parte da TEPM.

Foi para a sala de mão dada com uma amiga por indicação da educadora.

A **20 de fevereiro de 2013**, realizou-se a **segunda observação** por parte da TEPM com o **objetivo de observar a integração e interação da Ana no grupo AMG, com os pares e as atividades**.

A Ana não evidenciou qualquer tipo de tensão ou ansiedade ao ser deixada pela mãe no grupo AMG, nem mesmo durante o apoio. Mostrou sempre uma boa interação com o grupo.

Realizou o percurso todo 2 vezes. Subiu os colchões com apoio dos 4 membros, andou em cima destes em posição bípede, desceu a cunha sentada e arrastando-se, subiu sozinha para os blocos e manifestou alguma insegurança nas atividades como o andar em cima das esponjas e do banco sueco; gostou bastante de andar no carrinho.

Mostrou interesse pelo espaço, ajudou a arrumar o material.

Nos contactos iniciais estabelecidos com a Ana em diferentes contextos foi possível observar que estava **integrada na sua sala do JI**, no entanto era superprotegida pelos pares e auxiliares, sendo essa situação algo a que a educadora da sala já havia identificado e que trabalhava no sentido de alterar o comportamento dos adultos e pares no JI.

A Ana, devido à sua estatura, baixo peso e dificuldades na locomoção (especialmente ao nível do equilíbrio), não consegue realizar as atividades propostas pela educadora. Com alguma adaptação e se acompanhada por um adulto a Ana provavelmente conseguiria pontualmente participar em alguma das atividades

realizadas nessa aula. No entanto, as atividades que a educadora realiza com os meninos normalmente tem um grau de complexidade maior que impede a Ana de participar. Pelo contrário no grupo AMG a Ana revelou uma boa capacidade de realização das atividades, uma boa integração no grupo, sendo que as atividades realizadas no grupo se coadunavam mais às necessidades e capacidades da Ana.

Após alguma ponderação sobre qual seria o melhor apoio para a Ana (na aula de ginástica no JI ou no grupo AMG) e sem esquecer a importância e benefícios do apoio no contexto, conclui-se que a Ana beneficiaria mais se realizasse o apoio no AMG, até conseguir adquirir uma maior capacidade de equilíbrio, e um padrão de marcha mais estável para, deste modo, poder participar nas atividades realizadas na aula de ginástica com algumas adaptações dos exercícios.

A Ana revelou ter uma **boa capacidade de se adaptar aos diferentes contextos**, e uma **boa capacidade de compreensão** mas com **algumas dificuldades ao nível da linguagem expressiva**, assim como o já referido atraso ao nível da motricidade global. Observou-se também algumas birras e comportamento agressivo quando contrariada.

9.2.5. Plano de intervenção/Objetivos

Com base nos dados expostos anteriormente foi delineado plano de intervenção, que poderá ser observado na tabela 11.

Tabela 11: Apresentação do Plano de intervenção da Ana e o registo das aprendizagens adquiridas.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos comportamentais	Adquirido
Autonomia	Desenvolver o controlo dos esfíncteres	Pedir para ir à casa de banho	
Social	Melhorar a interação com os pares	Brincar com os pares e partilhar brinquedos	
Linguagem	Desenvolver a linguagem expressiva	Cantar pelo menos 1 canção infantil	
		Relatar acontecimentos recentes	Atingido
Cognição	Desenvolver capacidade de reprodução de modelos visuais	Copiar a ponte de 3 cubos (modelo à vista), sem hesitações	Atingido
	Melhorar a capacidade de compreensão e de resposta a questões simples	Mencionar a sua idade corretamente quando perguntado tanto verbal como gestualmente	Atingido
Motricidade Global	Melhorar os padrões de marcha e equilíbrio dinâmico	Caminhar com segurança com ausência de desequilíbrios	
	Melhorar os padrões motores de subir e descer escadas	Subir escadas com apoio com confiança e sem alternância dos pés;	Atingido
		Descer escadas com confiança e sem alternância dos pés;	
	Melhorar coordenação oculo-manual	Lançar bola na direção do adulto a 1 m de distância	Atingido
	Melhorar coordenação oculo-pedal	Chutar bola a uma distância de 1 metro enfiando-a entre as pernas da cadeira	
Motricidade Fina	Melhorar o desenho	Imitar/copiar a cruz	Atingido
		Imitar/ copiar o círculo	Atingido
		Desenhar o corpo humano com cabeça e uma outra parte do corpo	
		Agarrar marcador com polegar e indicador, apoiado no terceiro dedo	
	Melhorar destreza e coordenação oculo-manual	Abrir a tesoura e tentar cortar papel	Atingido

Nota: Os espaços em branco correspondem aos objetivos não atingidos.

9.2.6. Intervenção psicomotora

O início da intervenção caracterizou-se inicialmente por uma abordagem de **aproximação e criação de empatia**, bem como um **melhor conhecimento das capacidades e competências** da Ana, para que os objetivos traçados e o planeamento da intervenção em PM fossem os mais adequados e eficazes tanto quanto possível.

Nos **apoios individuais** em PM realizados no JI estava prevista a presença dos pais, no entanto apenas estiveram presentes no primeiro apoio, sendo que a mãe esteve presente em mais um. Quando a TEPM chegava ao JI dirigia-se à sala, sendo este momento era utilizado para troca de informações, pareceres e dúvidas com a educadora. A educadora chamava pela Ana que normalmente não vinha ter com a técnica por iniciativa própria (a Ana algumas vezes fez birra - choramingava, pedia a mãe e a chupeta), depois dirigíamo-nos ao ginásio, para o apoio, momento em que era aproveitado para estabelecer diálogo e acalma-la caso estivesse a fazer birra.

Os apoios individuais estavam estruturados do seguinte modo: (1) **diálogo inicial/ Ritual de entrada**: era mantido/continuava-se o diálogo estabelecido com a Ana, sobre a atividade que estava a fazer na sala, como ela estava ou um tema que ela própria abordasse e também se fazia a rechamada daquilo que se tinha passado na sessão anterior; eram descalçados os sapatos e calçadas as meias antiderrapantes e a Ana era convidada a ajudar a preparar a atividade. (2) **Desenvolvimento da sessão/atividades**: eram realizadas as atividades planeadas para a sessão, normalmente iniciava-se com um percurso/gincana trabalhando mais a atividades locomotoras e manipulativas globais e posteriormente passava-se para atividades mais centradas nas restantes áreas. (3) **Retorno à calma/ritual de saída**: momento em que se realizavam atividades de relaxamento seguidas de uma conversa sobre o apoio, era arrumado o material e calçados os sapatos.

Na intervenção individual verificou-se uma maior interação entre a Ana e a TEPM, o que possibilitou uma maior facilidade em estabelecer e manter o diálogo. Nesses diálogos foi possível perceber que apesar da interação com os pares não ser muito evidente ela está atenta ao que a rodeia, pois chega a falar dos colegas, da avó e dos pais. É de salientar que o facto de a Ana apresentar dificuldades ao nível da linguagem expressiva, as conversas eram simples, e por vezes um pouco limitadas.

Na rechamada do que se tinha passado no apoio anterior, a Ana normalmente não verbalizava o que havia realizado, no entanto quando se preparavam as atividades, como por e.g. o **percurso**, percebia-se que esta se lembrava do que havia realizado em apoios anteriores, pela forma como colocava algum material, ou mesmo pelo facto de manifestar/pedir para fazer alguma atividade que já tinha realizando antes, mostrando assim as suas preferências.

A **construção do percurso** ou ir buscar o material à sala de apoio ou ginásio, assim como arrumar era algo que a Ana gostava e aderiu facilmente.

Na realização do percurso e como lhe era pedido algum esforço físico a Ana nem sempre aderiu facilmente, recorrendo-se ao jogo simbólico em que Ana era uma princesa e tinha que subir torres (escadas), montanhas (obstáculo em forma de cume), etc. e para além disso, era utilizado o reforço verbal positivo e por vezes alguma ajuda física.

A Ana aderiu bem a atividades com livros, identificação de imagens, cores, histórias, o desenho nem sempre era bem aceite mas realizava-o e realizava puzzles com ajuda.

Nos momentos de retorno manifestava preferência pela piscina de bolas, mas revelava alguma dificuldade em manter-se na tarefa e em aliviar a tensão muscular.

Quando realizávamos a rechamada do apoio a Ana ia mencionando pontualmente uma ou outra atividade que realizou, umas vezes com mais ajuda outras, com menos. Questionada pela técnica respondia com alguma frequência qual a atividade de que gostou mais e qual a que gostou menos, assim como em quais

sentiu mais dificuldade.

A Ana chegou atrasada a quase todos os **apoios de grupo**, encontrando os pares já a realizar as atividades programadas. Esta era acolhida pela técnica que estabelecia um diálogo inicial e a integrava nas atividades.

Os **apoios em grupo** tinham uma estrutura-tipo, não muito diferente, que consistia em: (1) **rituais de entrada/acolhimento**, as crianças descalçavam os sapatos e calçavam as meias antiderrapantes e realizava-se um diálogo inicial; (2) **desenvolvimento da sessão/atividades**, realização de uma gincana/percurso e por vezes outra atividade que passava por jogos de resolução de problemas, de mesa, entre outros; (3) **ritual de saída**, arrumar material, descalçar as meias e calçar os sapatos e, por último, escolher a criança que abre a porta aos pais.

Na realização das atividades era necessário que o adulto estivesse relativamente próximo e que fosse pontualmente dando incentivos verbais e por vezes alguma ajuda física. Contudo, de uma forma geral acompanhava os pares na realização das atividades.

Durante os apoios foi-se notando uma maior interação da Ana com os pares, especialmente com um dos meninos, uma maior orientação espacial do ginásio e demonstrava saber esperar pela sua vez nas atividades. Também no grupo gostava de colaborar na arrumação do material.

Enquanto os meninos se preparavam para sair, vestindo casacos e calçado percebeu-se que a Ana identificava bem os seus pertences e sabia aguardar que todos terminassem e fosse o escolhido o menino que iria abrir a porta aos pais.

No final do apoio era dado o feedback do apoio realizado e trocada alguma informação adicional com os pais da Ana.

9.2.7. Estratégias de intervenção

As **estratégias** utilizadas, durante os apoios, com o propósito de proporcionar as condições necessárias para que os objetivos fossem alcançados passaram pela utilização de **diferentes objetos** como, por exemplo: escadas, bolas, arcos, tábua de *Freedman*, meias luas de esponja, bola de *fitness*, colchões, etc., **permitindo criar diferentes percursos com bases de apoio diferentes e exercícios de equilíbrio que provocassem instabilidade corporal e assim trabalhar/estimular o sistema vestibular e o cerebelo, potenciando o desenvolvimento de um melhor equilíbrio e reajuste posturais, assim como a aquisição de uma marcha mais autónoma (maior equilíbrio e segurança), bem como o subir e descer escadas com apoio e segurança.**

Para o desenvolvimento de uma melhor **coordenação oculo-manual e oculo-pedal** foram utilizadas estratégias como a **utilização de bolas, para fazer lançamentos para alvos e/ou para a técnica, chutar para “balizas”.**

Para potenciar o **desenvolvimento ao nível da cognição e da praxia fina** recorreu-se à utilização de cubos, plasticina, folhas, lápis de cor, tesoura, etc. com os quais foram realizadas atividades de construção, desenho livre, desenho do corpo humano, desenho de círculos, cruzeiros, manuseamento de tesoura, correção de preensão do lápis e questões sobre a sua idade, bem como a demonstração com os dedos da sua idade e posterior contagem em voz alta.

Na área da **linguagem**, especialmente na **expressiva**, foram utilizadas estratégias como a utilização de material como **livros e puzzles, incitando à identificação, nomeação de animais objetos e ações**; foi **fomentado o diálogo durante os apoios**, sendo questionada sobre as atividades realizadas durante o apoio (também no sentido da consciencialização das ações realizadas) e cantadas **canções**, especialmente a canção “Atirei o pau ao gato”.

Nas sessões de PM o **jogo simbólico** foi uma estratégia bastante utilizada de forma a manter o interesse por parte da Ana pelas atividades a realizar, assim como para ultrapassar alguns comportamentos desajustados de oposição como birras

(deitar-se no chão ou choro).

9.2.8. Avaliação final

Considerando que à data do término do estágio da TEPM a Ana tinha beneficiado de um período de apoio de 4 meses entendeu-se que não se justificava a realização de uma nova avaliação, com a SGS, com um intervalo de tempo entre uma e outra tão reduzido. Assim, a avaliação final que apresentamos é referente aos objetivos que a Ana já conseguiu adquirir e aos que ainda faltam adquirir, segundo o plano de intervenção traçado no início do apoio.

9.2.9. Análise comparativa dos objetivos

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de 4 meses, de um total de 16 objetivos comportamentais (ver tabela 11, na pág. 56), foram atingidos 8 objetivos, ou seja foram alcançados 50% dos objetivos delineados e é importante salientar que quase todos os restantes objetivos estão na eminência de serem alcançados, como poderão verificar no ponto seguinte do relatório.

Na figura 14 poder-se-á observar que esses objetivos foram subdivididos em 6 áreas de intervenção. No entanto, não foram estabelecidos objetivos em quantidades equitativa para todas as áreas por se considerar que a obtenção de determinados objetivos dependeria primariamente da aquisição de objetivos numa área diferente, para além disso poderemos verificar, de forma quantitativa, quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

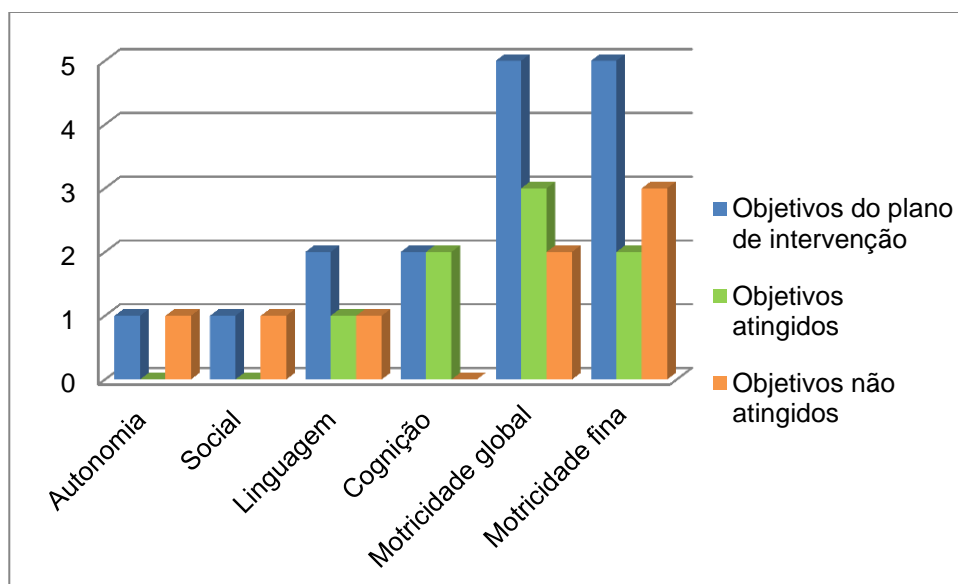


Figura 14: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.

9.2.10. Resultados qualitativos da Ana durante o processo de intervenção

Durante os apoios realizados foi possível acompanhar e verificar a evolução psicomotora da Ana, ao nível das diferentes áreas.

Assim, na **Cognição** a Ana foi capaz de copiar a ponte de 3 cubos (olhando para o modelo), sem hesitação; de mencionar corretamente a idade verbalmente e gestualmente.

Na **Motricidade fina** conseguiu: copiar o círculo e copiar a cruz; realizar pequenos cortes no papel com a tesoura; realizando ainda uma preensão do lápis com pega transpalmar radial, e um desenho da figura humana efetuado com círculos e alguns traços, enquanto nomeava algumas partes do corpo.

No que reporta à área da **motricidade global**, verificou-se que a Ana caminhava com maior segurança, mas ainda com alguns desequilíbrios, subia as escadas com apoio, confiança e sem alternância de pés e, apesar de melhor, ainda mantinha alguma insegurança a descer escadas com apoio e sem alternância de pés. Lançava a bola a 1 m de distância na direção da técnica e chutava a bola a 1m de distância da cadeira mas sem a enfiar entre as pernas da mesma, apesar de as bolas terem batido na perna da cadeira ou passar muito perto desta.

Na **linguagem**, nos apoios individuais, a Ana foi desenvolvendo uma maior interação/comunicação com a técnica, criando atividades de jogo simbólico, estabelecendo um maior diálogo; foi capaz de cantar a música do “atirei o pau ao gato” com pequenas ajudas verbais e no final dos apoios foi referindo pelo menos duas das atividades que realizou (ex. bola e desenho).

Ao nível da **socialização**, segundo a educadora, a Ana brinca mais com os pares, mas ainda não partilha os brinquedos. Ao longo dos apoios também se foi verificando um aumento da interação da Ana com os pares e com os técnicos. Sendo que ao nível da **autonomia**, segundo a educadora a Ana às vezes pede para fazer “xixi”.

9.2.11. Conclusão

A evolução da Ana ao longo da intervenção psicomotora foi notória em todas as áreas apesar de, a nível quantitativo, não se evidenciar de uma forma muito expressiva. Durante a intervenção, e conscientes que à partida seriam diferentes os resultados obtidos, tentou-se minimizar a ausência dos pais da Ana durante os apoios através da passagem de estratégias fornecidas por escrito aquando da entrega do plano de intervenção e de forma oral (sempre que se justificasse e fosse possível).

É notória a importância de continuar a estimular todas as suas áreas do desenvolvimento, essencialmente na linguagem expressiva, na autonomia, na motricidade global e fina, de forma a progredir e atenuar as dificuldades observadas. Sendo também fundamental continuar a desenvolver um trabalho com a família no sentido de um maior envolvimento e participação da mesma.

Com o fim do estágio, a Ana deixou de beneficiar do apoio em PM, uma vez que na equipa da ELI de Oeiras não existe nenhum técnico nessa área, mas continua a ser acompanhada pela técnica de F (responsável de caso) no grupo AMG.

9.3. Estudo de caso 3 - Tiago

9.3.1. Historial pessoal e familiar

O **Tiago** é uma criança do género masculino, que nasceu a 7 de março de 2012, **habita com os pais e irmão mais velho** (9 anos). Os **pais, ambos, empregados**, referiam que tinham como **apoio mais próximo, o dos avós paternos e dos amigos**.

Filho de pais e irmão saudável, o Tiago nasceu com **SD**, às 37 semanas de gestação, tendo sido detetado um atraso de crescimento intra-uterino, às 30 semanas, por parto cefálico-eutócico, com um peso de 2,305 gr., comprimento de 45,05 cm e com índice de Apgar de 10 e 9, no primeiro e quinto minuto respetivamente.

O Tiago não se encontrava em nenhuma estrutura educativa e quando os pais se ausentavam para o trabalho, ele ficava ao encargo da avó paterna.

9.3.2. Dados clínicos aquando da sua entrada para a ELI

A sinalização do Tiago foi realizada pela família, onde eram referenciadas **alterações nas funções e estruturas do corpo – SD**.

As **preocupações** manifestadas pelo pai prendiam-se essencialmente pela **relação entre os dois irmãos (irmão mais velho face ao Tiago), a evolução cognitiva, o desenvolvimento futuro e saber se têm visão dupla**.

Segundo os pais do Tiago, este **gostava** de tomar banho, interagir com o irmão (ri com facilidade), comer, cócegas e brinquedos musicais.

Dispunham dos **serviços** do HSFX, de pediatra, da rede medis, do centro de saúde, de endocrinologia, de oftalmologia (particular) e de otorrinolaringologia.

O Tiago apresenta redução auditiva em ambos os ouvidos, com incidência no esquerdo, apresenta estrabismo e astigmatismo e sofre de hipotireoidismo que, segundo os pais do Tiago, **evoluiu ao iniciar a medicação para a tiroide e deverá repetir exames auditivos**.

A entrada do Tiago para a ELI de Oeiras sucedeu a 8 de maio de 2012, i.e., 2 meses após o seu nascimento, e os apoios iniciaram-se a 5 de junho de 2012. Quando a TEPM iniciou o apoio em PM o Tiago encontrava-se a ter apoios bissemanais em fisioterapia em contexto de domicílio, passando desde então a ter um outro apoio semanal em PM nas instalações da CERCIOEIRAS.

9.3.3. Calendarização dos apoios prestados

A 1 de fevereiro de 2013 a TEPM estabeleceu o primeiro contacto com o Tiago, onde assistiu ao apoio domiciliário em F e reuniu com a mãe do Tiago onde foi acordado que os **apoios em PM** seriam realizados **uma vez por semana** com a presença da mãe (o pai não podia por motivos profissionais), às quartas-feiras de manhã em local a definir. Posteriormente foi acordado que os apoios seriam realizados nas instalações da CERCIOIERAS, tendo então iniciado os apoios a 6 de fevereiro e terminado a 29 de maio de 2013.

O **processo de intervenção** do Tiago passou por diferentes fases, como se poderá observar na figura 16. Inicialmente procedeu-se a uma observação, depois a uma avaliação informal, seguida de intervenção individual, tendo sido concluído com uma avaliação final informal. No que se refere às reuniões com os pais, estas foram sendo realizadas ao longo de todo o processo de intervenção, sempre que se sentiu necessidade de as realizar.

Ao longo do período de intervenção dos 15 apoios diretos previstos realizaram-se 14, i.e., foram **realizados cerca de 93% dos apoios previstos** sendo que cerca de 7% das faltas foram praticadas pelo Tiago (devido a consulta médica), a TEPM compareceu a todos os apoios.

Na figura 15 poder-se-á verificar que um número de faltas aos apoios não foi expressivo e os apoios diretos (avaliação inicial e final, intervenção individual) realizados foram substancialmente superiores aos números de apoios indiretos prestados (observação, reunião com os pais).

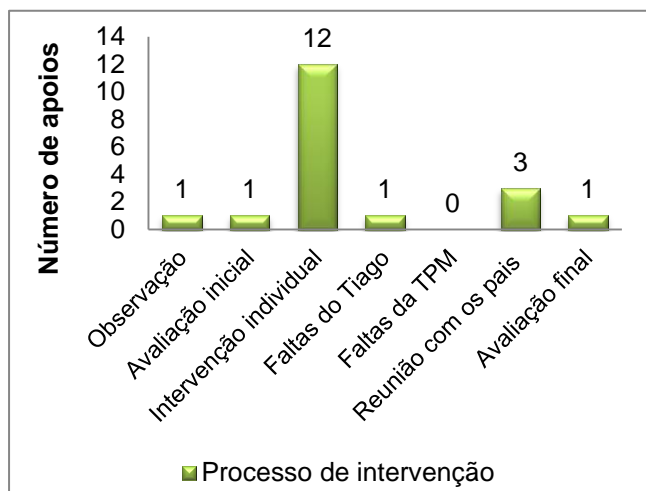


Figura 16: Fases do processo de intervenção.

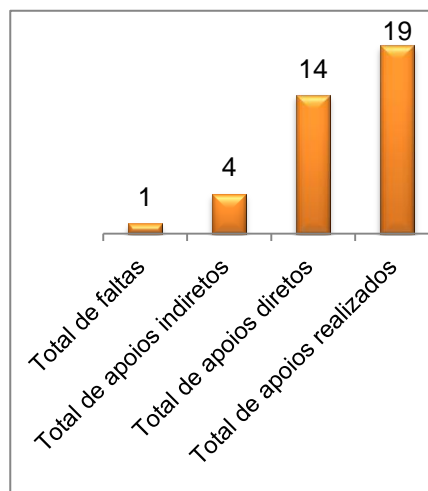


Figura 15: Representação gráfica do total de faltas realizadas, do tipo e total de apoios prestados pela TEPM.

9.3.4. Avaliação inicial

A avaliação inicial do Tiago caracterizou-se por dois tipos de avaliação distintos, a **avaliação informal** e a **avaliação formal**.

O Tiago estava a ser acompanhado pela técnica de F, que foi procedendo à aplicação das diferentes (re)avaliações formais, no presente relatório ser-lhes-á exposto as **avaliações formais** mais recentes realizadas pela técnica de F como a **SGS**, do **TFM** e a “Lista de Registo Portage” **pelos pais**.

A **avaliação informal** caracterizou-se pela observação de um apoio em F ao domicílio, o primeiro **apoio inicial**, que teve como **objetivo complementar a avaliação formal e conhecer melhor o Tiago**, bem como para **criar uma boa relação empática**.

Os dados obtidos na avaliação formal e informal, foram posteriormente utilizados na planificação e intervenção e serão resumidamente expostos nos dois pontos seguintes.

9.3.4.1 Avaliação inicial formal

No dia 25 de janeiro de 2013, foi aplicada a escala **SGS** ao Tiago, de 10 meses de idade, no domicílio, pela Fisioterapeuta.

O Tiago é uma criança simpática, bem-disposta e de fácil interação. Ao analisar globalmente o seu perfil de desenvolvimento verifica-se que o Tiago apresenta um desenvolvimento heterogéneo e, fazendo a exceção das Capacidades Manipulativas, encontrava-se num patamar dentro do espectável para a sua idade cronológica, como podemos verificar na figura 17.

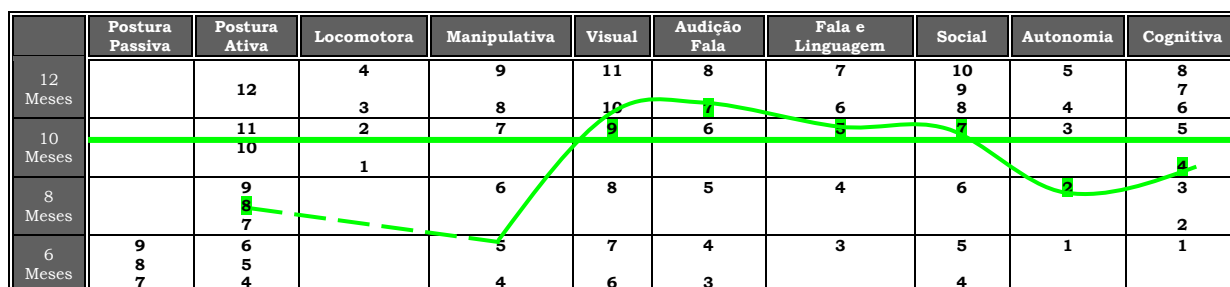


Figura 17: Perfil de desenvolvimento inicial do Tiago segundo a “SGS”.

Segundo os resultados obtidos pela SGS o Tiago apresenta como áreas fortes a área visual, a audição e fala, fala e linguagem e social, como áreas intermédias a postura ativa, a autonomia e a cognição e como área menos forte a manipulativa. De seguida passaremos a descrever detalhadamente cada uma das Capacidades:

Capacidades Posturais Ativas: na Posição de Decúbito Ventral, o Tiago apoiou o peso nas palmas das mãos com os braços em extensão. Na Posição de Sentado manteve-se, por longos períodos, sentado sem apoio. Na Posição de Pé apoiou todo do seu peso nos membros inferiores (pernas).

Capacidades Manipulativas: o Tiago agarrou nos objetos fazendo preensão palmar (agarrou o objeto pelo polegar e pelos vários dedos, contactando com a palma da mão) e, por vezes, transferiu um objeto de uma mão para a outra. Ainda não juntou os cubos. Verificou-se um desinteresse pelos brinquedos e objetos.

Capacidades Visuais: ao nível das Função Visual convergiu os olhos com a aproximação do objeto. Na Compreensão Visual procurou o objeto que estava escondido e, segundo a mãe, esteve atento e interessado pelo movimento à distância (olhou pela janela para os movimentos do cão no jardim).

Capacidades de Audição e Fala: ao nível da Compreensão Auditiva, esteve atento aos sinais sonoros; compreendeu o “não” e o “adeus” e, por vezes, pareceu

reconhecer o próprio nome.

- **Capacidades de Fala e Linguagem:** relativamente à Vocalização o Tiago imitou os sons dos adultos (do tipo “brr”).

- **Capacidades de Interação Social:** no Comportamento Social, o Tiago mostrou-se irritado quando frustrado. No Jogo, encontrou um objeto parcialmente escondido.

- **Capacidades Sociais e de Autonomia:** na Alimentação tentou agarrar na colher. Ainda não foi capaz de segurar nem mastigar uma bolacha.

- **Capacidades Cognitivas:** procurou objeto parcialmente escondido e interessou-se pelo seu movimento à distância.

No dia 11 de março de 2013, foi aplicado o **TMFM**, ao Tiago, na altura com 12 meses de idade, pela Fisioterapeuta, no domicílio (Ver anexo 7).

Relativamente às sequências **D) Posição de Pé** e **E) Andar, Correr e Saltar** ainda não havia sido registada a realização de nenhuma atividade. No que se reporta a **A) Decúbitos e Rolar** realizava de forma independente 13 itens, completava parcialmente 3 itens e não conseguia iniciar a atividade 1 item; no **B) Sentar** realizava de forma independente 8 itens, completa parcialmente 1 item, inicia independentemente 1 item e não consegue iniciar a atividade em 10 itens; no **C) Gatinhar e Ajoelhar** inicia independentemente 1 item e não consegue iniciar a atividade em 13 itens, na tabela 12, poder-se-á verificar os resultados da avaliação nas diferentes funções motoras.

Tabela 12: Resultados obtidos no TMFM expressos em percentagem.

Decúbitos & Rolar	Sentar	Gatinhar & Ajoelhar	Posição de Pé	Andar, Correr & Saltar
88%	45%	2%	0%	0%

A “Lista de Registo Portage” preenchida, pela última vez a 4 de novembro de 2012, pelos pais do Tiago, também consideradas no processo de intervenção.

9.3.4.2. Avaliação inicial Informal

No dia **1 de fevereiro de 2013**, a TEPM estabeleceu o primeiro contacto com o Tiago e a sua mãe e, durante 45 minutos foi possível observar o Tiago em apoio de F.

Durante o apoio o Tiago estava bem-disposto mantendo-se mais ativo nos primeiros 30 minutos, aproximadamente, no restante tempo esteve menos colaborativo, chorando, o que poderia ser devido a algum cansaço, às atividades implicarem maior esforço e uma menor preferência pelas mesmas, e.g. estar em posição de gatas.

No decorrer do apoio o Tiago foi capaz de sustentar a cabeça, manter-se sentado sem apoio (no entanto tem tendência a deixar-se cair para trás), seguir o barulho, direcionar o olhar para o objeto que deseja, rastejar aproximadamente 1 cm para agarrar objeto e agarrar objetos como uma bola.

Para além disso, realizou alguns movimentos nos pés favoráveis ao gatinhar, mas ainda sem realizar esse padrão motor, assim como o rolar de decúbito dorsal para decúbito ventral de forma autónoma e o sentar de forma autónoma. Desistiu facilmente de alcançar os objetos que se encontravam longe dele e para além disso foi incapaz de colocar os brinquedos dentro dos recipientes.

No dia **6 de fevereiro de 2013**, foi realizado o primeiro apoio em PM.

O Tiago demonstrou estranheza pelo local e pela TEPM, tendo fixado o seu

olhar nesta e apenas sorriu para a mãe. Deixou que lhe tirasse o calçado e a roupa (calças e casaco) não realizou resistência durante a mobilização realizada pela TEPM e manifestou agrado quando esta passou uma bola pelo seu corpo quer no início quer no fim do apoio.

Durante o apoio não procurou os brinquedos quando lhe caíram, choramingando quando a técnica o incentivava a procurar/alcançar os brinquedos, realizando a ação com a sua mão.

Abanou o guizo autonomamente depois de TEPM ter inicialmente realizado a ação motora com ele.

Realizou extensão dos membros inferiores na bola de *fitness* quando em contacto com o solo.

Manteve a posição de gatas sem chorar durante 3 segundos, com ajuda física da TEPM. No rolar necessitou da ajuda física da TEPM.

A TEPM realizou com o Tiago as ações de bater palmas, juntar dois objetos em cada mão, agarrar o objeto e colocar dentro do copo. Em nenhuma das ações o Tiago demonstrou intencionalidade de realizar a ação de forma autónoma.

Quando a mãe pediu as mãos o Tiago inclinou o tronco para esta.

Dos **primeiros contactos estabelecidos com o Tiago** foi possível verificar que existia uma grande passividade por parte deste, pois facilmente desista das atividades que requeriam mais esforço. Ainda é pouco consistente na exploração dos objetos e das funcionalidades, sendo necessário desenvolver um trabalho de bastante estimulação e repetição das atividades e exploração dos objetos e das suas funções de forma muito concreta para uma maior integração dos mesmos, para uma maior perceção da ação e das consequências da ação. Para além disso, torna-se necessário uma contínua estimulação ao desenvolvimento e aquisição dos diferentes padrões motores.

9.3.5. Plano de intervenção/Objetivos

Com base na avaliação supramencionada foi delineado o plano de intervenção, que poderá ser observado na tabela 13.

Tabela 13: Apresentação do Plano de intervenção do Tiago, registo dos objetivos comportamentais adquiridos.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos comportamentais	Adquirido
Linguagem	Desenvolver a linguagem compreensiva	Executar uma ordem simples quando acompanhada de gestos	Atingido
Cognição	Desenvolver a capacidade de manutenção da tarefa	Deixa cair um ou dois objetos para apanhar um terceiro	Atingido
		Coloca 3 objetos num recipiente esvaziando-os de seguida	Atingido
Motricidade Global	Desenvolver/potenciar a aquisição dos diferentes padrões motores	Fazer a sequência motora de deitado até sentado sem apoio	
		Rastejar para a frente uma distância superior ao comprimento do seu corpo	
		Gatinhar	
		Passar da posição de sentada para a de gatas	
Motricidade Fina	Melhorar a praxia fina e a coordenação oculo manual	Transferir objeto de um recipiente para outro	
		Apanhar um objeto, fazendo pinça entre o polegar e o indicador	
		Retirar dois objetos dum recipiente	
		Colocar pequenos objetos dentro de um recipiente	Atingido
		Colocar o dedo indicador no objeto por imitação	Atingido
		Empurrar bola por imitação	Atingido

Nota: Os espaços em branco correspondem aos objetivos não atingidos.

9.3.6. *Intervenção psicomotora*

O início da intervenção caracterizou-se inicialmente por uma abordagem de **aproximação e criação de empatia**, bem como um **melhor conhecimento das capacidades e competências** do Tiago, para que os objetivos traçados e o planeamento da intervenção em PM fossem os mais adequados e eficazes tanto quanto possível.

Os apoios de PM individuais foram realizados na sala de TF da CERCIOEIRAS, todos os apoios foram realizados com a presença da mãe do Tiago e com alguma regularidade com a avó paterna e pontualmente o irmão e a avó materna. O Tiago realizava, na sua maioria das vezes o apoio com boa disposição, mas em alguns apoios bolsava e, pontualmente, também se encontrava com uma ligeira gripe.

Os apoios individuais estavam estruturados do seguinte modo: (1) **diálogo inicial/ Ritual de entrada**: a TEPM dialogava com o Tiago e com os familiares presentes no apoio, descalçava e despia (calças, casaco) do Tiago. Realizava a mobilização e passava um objeto (principalmente bolas) pelo corpo do Tiago (2) **Desenvolvimento da sessão/atividades**: eram realizadas as atividades planeadas para a sessão de forma a trabalhar as diferentes áreas (3) **Retorno à calma/ritual de saída**: passar a bola ou outro objeto pelo corpo do Tiago, vestir e calçar-lo.

Os apoios do Tiago caracterizaram-se pela presença constante da família muito interessada e atenta ao que ele já conseguia realizar e o que ainda lhe faltava alcançar, fazendo registos dos diferentes exercícios praticados, tirando alguma dúvida existente e referindo a importância e intenção de dar continuidade, em casa, ao trabalho desenvolvido com o Tiago.

Considerando que o Tiago era uma criança com alguma passividade e que facilmente desistia das atividades que exigiam deste um maior esforço e empenho, existiu a preocupação de utilizar objetos que fossem do seu agrado, estimulantes e apelativos no que se reporta à sua funcionalidade, cor, textura e diversidade.

A passividade e recusa por atividades que requerem maior esforço e apesar de se verificar evolução impossibilitaram uma maior e mais acentuada aprendizagem no que se refere às competências dos padrões motores.

No decorrer dos apoios foi notório o seu maior interesse pelos objetos, foi capaz de explorar mais a sua funcionalidade e manter-se por um período maior numa atividade, permitindo uma boa evolução no que se refere às aprendizagens na área da motricidade fina, cognição e comunicação, o que fez com que a TEPM comesse a desenvolver atividades que trabalhassem não só os objetivos traçados no plano de intervenção mas também no sentido de novas aquisições como a construção de uma torre com dois cubos, a identificação de animais e objetos como: cão, pato, bola, o pegar no objeto e o dar o objeto quando acompanhado de gesto e verbalização.

Com as aprendizagens adquiridas ao longo dos apoios a TEPM sentiu a necessidade de tentar inibir o comportamento do Tiago de lançar os objetos, bater palmas, bater um objeto contra o outro e entornar o recipiente onde se encontravam os objetos, uma vez que estes dificultavam o desenvolvimento de outro tipo de atividades que possibilitassem a aquisição de novas aprendizagens como o passar objetos de um recipiente para outro, dar o objeto que tem na mão quando lhe é pedido, fazer torre, entre outros. Tal facto levou a TEPM a desenvolver o trabalho de inibição desses comportamentos.

9.3.7. *Estratégias de intervenção*

As estratégias utilizadas para que os objetivos traçados fossem alcançados nos apoios de PM passaram pela utilização de material diversificado, com diferentes cores, texturas, sons, tamanhos e funcionalidades, tais como, bolas, brinquedos interativos com botões, teclados, luzes, imagens, bem como cubos, objetos pequenos, recipientes transparentes, etc... possibilitando ao Tiago uma maior interação com os

objetos, funcionando também como um estímulo para a concretização das atividades planeadas.

As atividades realizadas em apoio foram sendo acompanhadas de instrução verbal, demonstração de realização da atividade e realização da atividade auxiliando fisicamente o Tiago, fazendo uma progressiva diminuição do apoio de acordo com as aquisições que este ia apresentando.

9.3.8. Avaliação final

Considerando que à data do término do estágio da TEPM o Tiago tinha beneficiado de um período de apoio de 4 meses entendeu-se que não se justificava a realização de uma nova avaliação formal com as diferentes escalas utilizadas, uma vez que o tempo de intervenção foi reduzido. Assim, a avaliação final apresentada é referente aos objetivos que o Tiago já conseguiu adquirir e aos que ainda lhe falta adquirir, segundo o plano de intervenção traçado no início do apoio.

9.3.9. Análise comparativa dos objetivos

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de 4 meses, de um total de 13 objetivos comportamentais (ver tabela 13, na pág. 65), foram atingidos 6, ou seja, foram alcançados 46% dos objetivos delineados, sendo importante salientar que em todas as áreas se verificou evolução.

Na figura 18 poder-se-á observar que esses objetivos foram subdivididos em 4 áreas de intervenção, distribuídos de forma heterogénea pelas diferentes áreas, por se considerar que a obtenção de determinados objetivos estava dependente, do desenvolvimento de competências noutras áreas. Além disso, poderemos verificar, de forma quantitativa, quais os objetivos alcançados e não alcançados em cada área.

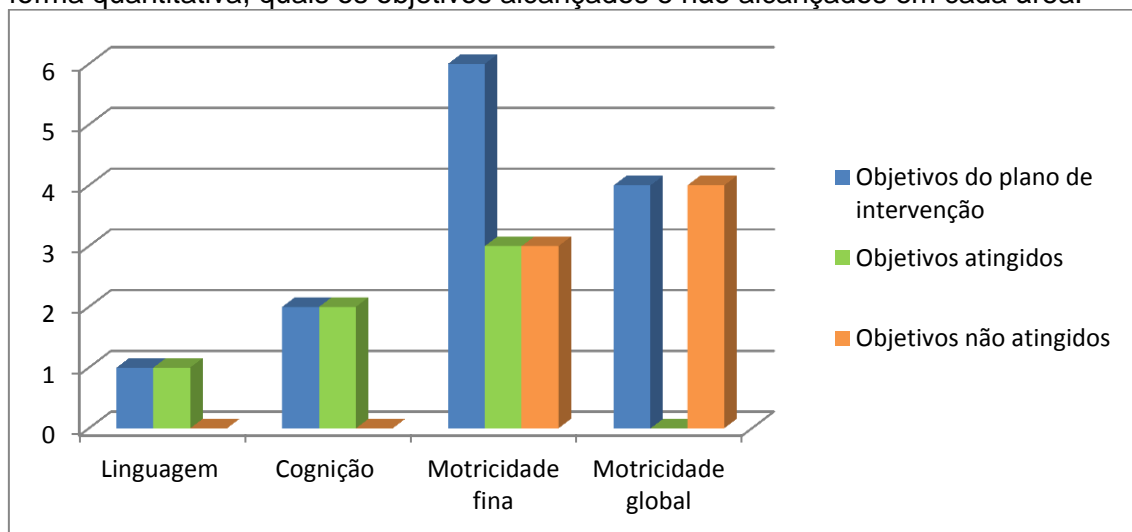


Figura 18: Apresentação quantitativa dos objetivos atingidos e não atingidos, segundo o plano de intervenção e as diferentes áreas de intervenção.

9.3.10. Resultados qualitativos do Tiago durante o processo de intervenção

No decorrer da intervenção foi possível acompanhar e constatar a evolução do Tiago, sendo evidente o seu maior interesse pelos brinquedos, mantendo-se a explorá-los por um maior período de tempo, no entanto desistia facilmente de alcançar os brinquedos que não estavam de fácil alcance.

Ao nível da **motricidade fina** o Tiago foi capaz de agarrar objetos pequenos e colocá-los dentro do recipiente, de empurrar e atirar bola para o ar; foi capaz de carregar com intencionalidade nos botões interativos dos brinquedos com o dedo indicador, demonstrado assim uma maior coordenação oculo-manual.

No que se refere ao desenvolvimento da **linguagem** o Tiago foi capaz de executar uma ordem simples quando acompanhada de gestos como o estender a mão quando lhe é pedida, de agarrar a bola e colocá-la no escorrega (do brinquedo interativo) após indicação verbal e gestual. Sendo também de referir o aumento de vocalizações durante o apoio.

Na área da **cognição** observou-se o Tiago a largar um ou dois objetos para apanhar um terceiro e a colocar 3 objetos num recipiente esvaziando-os de seguida.

No que se reporta à **motricidade grossa** o Tiago rolava pontualmente da posição de decúbito dorsal para ventral e esticava-se em posição de decúbito ventral fazendo força nos membros inferiores para alcançar objetos como a bola ou os óculos.

9.3.11. Conclusão

Tendo em consideração o desenvolvimento apresentado pelo Tiago, considera-se importante continuar a desenvolver um trabalho no sentido de consolidar as aprendizagens adquiridas até ao momento, bem como os restantes objetivos traçados no plano de intervenção, mas ainda não adquiridos.

Considera-se ainda importante estimular o Tiago na realização de atividades como: identificar/apontar partes do corpo, nele próprio ou no outro, como o nariz, a boca, os olhos, a mão, podendo para isso utilizar estratégias como, questionar sobre “onde está o nariz?”, apontar para o nariz de um boneco, do Tiago, ou do adulto e dizer “está aqui”; utilizar um espelho mostrando as diferentes partes do corpo; ajudando-o/deixando-o tocar; aproveitar momentos como o banho para nomear as partes do corpo do Tiago, dizendo “agora vamos limpar o nariz, a mão, o braço, etc.”, associando gestos ao que se está a falar como, por exemplo, abanar a cabeça quando se diz “não”, de modo a que retenha o seu significado e reproduza o gesto.

Através de livros (de preferência com folhas grossas) identificar as imagens através da nomeação e sinalização com o dedo indicador, realizando o ato motor de apontar as imagens com o dedo indicador do Tiago; demonstrar como se vira a página do livro, realizando o ato motor de virar a página; deixar à sua disposição livros para ele explorar livremente. Estimular a identificação de objetos e brinquedos como bola, carro, colher, copo, cão, pato, etc.

Realizar com o Tiago a construção de torres (2/3 cubos), retirar e colocar peças de puzzle pequenos e simples, realizar torres com copos de encaixe, colocar e retirar anéis de uma vara, utilizando estratégias de demonstração e verbalização da atividade, auxiliar fisicamente a realização da atividade, retirando gradualmente esse apoio.

Salientasse ainda a importância da família e da sua participação ao longo do período de intervenção, permitindo uma maior evolução do Tiago apesar de curto período de intervenção.

Com o final do estágio o Tiago deixou de beneficiar do apoio em PM, uma vez que não faz parte da ELI de Oeiras nenhum técnico desta área, continua no entanto a ser acompanhada pela técnica de F (responsável de caso) em apoio domiciliário, com frequência bissemanal.

10. Dificuldades e limitações/desafios

No decorrer do presente estágio, como seria de esperar, foram surgindo algumas dificuldades e limitações que foram encarados pela TEPM como desafios a serem ultrapassados e que resultariam numa maior capacidade de resolução de problemas no futuro profissional e pessoal. Esses foram desafios de diferentes características, como se poderá constatar seguidamente.

A concretização deste estágio foi marcada pela **ausência de um meio de transporte pessoal por parte da TEPM**, o que fez com que esta estivesse dependente dos meios de transporte públicos. Este facto trouxe alguns desafios à TEPM, que passaram por: **conciliar horários de transportes públicos e dos**

apoios; planificar atividades que fossem de encontro aos objetivos traçados e que apenas necessitassem de material fácil de transportar, sendo essa adaptação feita tendo em consideração os espaços, que nem sempre eram os mais adequados. Ademais, como forma de ser assídua e pontual, foram contabilizados **muitos tempos de espera entre transportes e apoios**, que de certo modo **limitou o número de apoios realizados**.

A ausência de um psicomotricista na equipa impossibilitou uma supervisão mais precisa do trabalho (*feedback's* imediatos e estratégias mais eficazes, de acordo com a área de intervenção) concretizado pela TEPM. Contudo, este facto levou a TEPM a um **constante trabalho autodidático, de reflexão, autoavaliação e autocrítica do seu trabalho**, sendo esta uma atitude assertiva a manter ao longo do seu futuro profissional. No entanto, é importante salientar o grande contributo e disponibilidade não só das orientadoras de estágio como da equipa da ELI no apoio ao trabalho desenvolvido pela TEPM.

Além dos aspetos já mencionados, foi desafiante: **a aplicação e análise dos instrumentos de avaliação**, assim como o **estabelecimento de objetivos alcançáveis para as crianças de acordo com as suas características**. Neste aspeto, para além de estabelecer objetivos alcançáveis, a TEPM considerou que existem objetivos que, apesar de não serem alcançáveis num curto espaço de tempo, torna-se fundamental serem trabalhados para que futuramente possam vir a ser alcançáveis.

O envolvimento dos pais nos apoios também nem sempre foi fácil e conseguido, por um lado devido à incompatibilidade dos horários de trabalho das famílias e os horários do apoio, por outro, as próprias características individuais dos pais e do casal não facilitavam esse envolvimento.

As **atividades inseridas no contexto de sala de JI**, também foram um desafio, no que se reporta a: **conseguir trabalhar os objetivos traçados sem perturbar o normal funcionamento da sala; conseguir dar uma resposta adequada não só à criança apoiada, mas também aos seus pares** que muitas vezes procuravam ter a atenção da TEPM; e **trabalhar os objetivos traçados dentro da área da PM global**, uma vez que comportamentos como o saltar, correr, chutar, entre outros, são considerados desadequados dentro de uma sala de JI.

Existiram situações em que houve a necessidade de adaptar o plano de sessão no local dado que a sala que se destinava ao apoio se encontrava indisponível, pelas mais diversas razões (em manutenção, ocupada por outro técnico ou atividades), tendo de **realizar os apoios em salas mais pequenas e sem acesso ao material existente**. Para além disso existiram algumas situações em que a TEPM se deslocou ao JI e **não realizava o apoio** porque a **criança estava ausente** (visita de estudo), outras **atividades organizadas para todo o JI** ou **por motivos de doente**, havendo uma comunicação prévia deste tipo de comunicações.

Por último, abordando um aspeto de cariz mais pessoal, o facto da TEPM se caracterizar por uma pessoa mais introvertida, levou a um **trabalho pessoal de auto desinibição** para que deste modo pudesse contribuir de forma mais produtiva e ativa nas reuniões de técnicos e com pais.

11. Contributo do psicomotricista

Neste ponto do relatório serão apresentados o que na perspetiva da TEPM, terão sido os principais contributos desta durante o período de estágio na área da IP na CERCIOEIRAS.

A equipa da ELI, como já foi referido anteriormente, é constituída por técnicos de diferentes áreas, no entanto nenhum deles é formado na área da PM. Assim, ao receber a estagiária de Reabilitação Psicomotora, esta **equipa fica reforçada com mais um técnico especializado numa área diferente** que durante o período de estágio pode prestar **apoio às crianças que são encaminhadas para a ELI de Oeiras e sua família com um pedindo de acompanhamento ao nível da PM**.

Considerando as características do grupo AMG descritas anteriormente, podemos constatar a sua diversidade, no que refere às patologias e estados de desenvolvimento das crianças que o constituíam e, mesmo sendo importante para as crianças que nele participavam o facto de estarem a beneficiar de apoio em grupo (no aspeto social, relacional com os pares, no emocional e motivacional) a verdade é que algumas dessas crianças dentro do grupo requeriam um **apoio mais individualizado**, que foi mais facilmente fornecido pela presença da TEPM. Foi também mais enriquecedor para o grupo poderem **beneficiar da mediação de três técnicas de áreas de intervenção diferentes**.

Além disso, importa referir que o trabalho desenvolvido pela TEPM ao nível do comportamento desajustado em alguns casos revelou-se uma mais valia para a equipa, não integra nenhum técnico especializado na área do CD.

A apresentação, da “Escala Peabody de Desenvolvimento Motor” (EPDM) (Folio & Fewell, 2000), à equipa como um **instrumento mais refinado no que se reporta à avaliação do desenvolvimento motor global e fino**, que poderá vir a ser utilizado como instrumento de avaliação complementar ao já realizado na equipa, sempre que se justifique.

12. Atividades complementares

No decorrer do estágio foram realizadas, pela TEPM, diferentes atividades complementares que contribuíram para o enriquecimento do mesmo, possibilitando uma maior diversidade de experiências e aprendizagens.

12.1. Seminário: “Nascer, Crescer e Aprender. Intervenção precoce: uma aliança entre família e técnicos.”

Realizou-se na CERCIOEIRAS, nos dias 29 e 30 de novembro de 2012, o **Seminário “Nascer, Crescer e Aprender. Intervenção precoce: uma aliança entre família e técnicos.”**, organizado pelas técnicas de TA e F. Para a concretização deste evento a TEPM deu o seu contributo ao nível da **organização das pastas** e no **secretariado** o que permitiu aperfeiçoar a abordagem e interação com os pais, técnicos e público em geral.

A TEPM teve ainda a oportunidade e **assistir às palestras** que foram decorrendo. Assim, na primeira mesa “Nascer”, foram abordados os seguintes temas: (1) “Desenvolvimento intra-uterino e a sua relação com o crescimento”; (2) “Intervenção Precoce. Patologias mais frequentes na primeira infância”; (3) “Intervenção Precoce. O início de uma caminhada.”

Na segunda mesa “crescer”, as palestras realizadas foram: (1) “Ajudando no vínculo”; (2) “Neonatologia – da alimentação à linguagem.”; (3) “O conceito de tratamento o neurodesenvolvimento transmitido à família.”

Na terceira mesa “Aprender”, as conferências foram: (1) “A importância das rotinas”; (2) Intervenção nas perturbações do desenvolvimento infantil: criança/família/comunidade.”; (3) “Porque é importante brincar.”

12.2. Instrumentos de avaliação

A 22 de janeiro de 2013, estagiária preparou e realizou uma apresentação, à equipa de IP da CERCI, das seguintes **escalas de avaliação da família em IP**: “Escala de apoio social à família” (Dunst, Jenkins &, 1984); “Questionário sobre os interesses da família” (Cripe & Bricker, 1993); “Inventário das necessidades da família” (Bailey & Simeonsson, 1990); “Escala de avaliação do estilo de funcionamento da família” (Gela, Trivette & Dunst, 1988); e uma outra relacionada com comportamento, a “Escala de temperamento e Comportamento Atípico” (Banato, Neisworth, Salvia, & Hunt, 1999).

No decorrer da apresentação das escalas foram debatidas a sua pertinência e

importância da sua aplicação e os contributos que estas poderiam dar a uma melhor intervenção junto das famílias.

A realização deste trabalho permitiu, à TEPM, uma maior familiaridade com as escalas, e também perceber o ponto de vista de técnicos com uma longa experiência no trabalho com as famílias, sobre a pertinência, o contributo e a aplicabilidade ou não das escalas.

A estagiária procedeu ao **levantamento dos instrumentos de avaliação da equipa IP**, organizando dossiês para a que os instrumentos estivessem por áreas de avaliação, e identificando o nome do instrumento de avaliação, as suas principais características. Esta atividade permitiu à TEPM, contactar com uma maior abrangência e diversidade de instrumentos de avaliação, além de possibilitar relembrar e aprofundar alguns desses instrumentos de avaliação.

A TEPM colaborou na modificação da “**Ficha de Desempenho Individual**”- **AMG**. Esta ficha é utilizada para avaliar o desempenho individual de cada criança, no final do apoio.

12.3. Reunião da ELI com HSX

A 25 de fevereiro 2013, a **ELI reuniu no HSX com a Dr.^a Isabel Paz**, onde **foram discutidos os casos que eram acompanhados nesta instituição hospitalar em consulta de desenvolvimento**, tendo a TEPM dado o seu parecer nos casos que estava a acompanhar. Estas reuniões permitem uma maior e melhor articulação entre os diferentes serviços e consequentemente, um melhor funcionamento dos mesmos, saindo naturalmente beneficiados os clientes que a eles recorrem.

12.4. Ações de formação e sensibilização

A 9 de abril 2013, a coordenadora da ELI de Oeiras, Dra. Dulce realizou uma ação de formação subordinada aos temas “**A CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde, como novo paradigma de Inclusão**”, “**Concepções de avaliação dos alunos ao abrigo do decreto-Lei Nº 3/2008**”.

Nesta formação foi feita uma retrospectiva histórica de alguns conceitos, evolução das mentalidades e legislação relacionadas com as Necessidades Educativas Especiais até aos dias de hoje, e quais as consequências dessas alterações. Foi apresentada a CIF e como se processa à Elaboração do Plano de Intervenção Educativa. Esta formação foi importante para fazer uma revisão de alguns conteúdos lecionados durante a licenciatura e mestrado.

A 8 de maio de 2013, realizou-se na reunião da ELI a apresentação do “**Método Son-Rise Program**”, pela estagiária de Psicologia, Carla Gabriel. Que possibilitou rever alguns conteúdos sobre as perturbações do espectro do autismo (características, método e técnicas, etc.) bem como sobre o programa Son-Rise (como surgiu, quais os métodos e técnicas que são utilizados neste programa).

12.5. Campanha Pirlampo, 2013

A 14 de maio de 2013, a TEPM colaborou na **campanha pirlampo mágico**, estando num dos pontos de venda desta campanha, que tem como fim angariar fundos para a instituição CERCIOEIRAS. O envolvimento nesta campanha permitiu sentir de perto o empenho e dedicação que todos (funcionários, voluntários) têm para que esta campanha seja um sucesso.

12.6. Projeto Alicerces

A TEPM participou no **Projeto Alicerces** sob a orientação da Enfermeira Cidália Antunes (HSFX) e da Professora Doutora Teresa Brandão. A TEPM: (1) Participou nas reuniões de técnicos (preparação das reuniões com pais e posterior avaliação das mesmas); (2) Participou nas reuniões de pais - tendo sido responsável (conjuntamente

com outra técnica da mesma área) pela preparação e dinamização de duas das reuniões com pais subordinadas aos temas: "**Modelo Touchpoints**" e "**Desenvolvimento da criança**"; e (3) Realizou um **documento de apoio à creche da sala 4 aos 12 meses**, com sugestões de material didático, atividades recreativas, estratégias de intervenção com bebés e organização da sala.

Conclusão

A realização do presente estágio proporcionou um manancial de experiências diversificadas e enriquecedoras na medida em que o campo de intervenção foi muito abrangente e diversificado no que se reporta à patologia e características de cada criança, às dinâmicas familiares e suas preocupações, aos diferentes contextos e tipos de intervenção, às vivências, práticas e dinâmicas de uma equipa multidisciplinar, à atuação conjunta e observação da prática interventiva de técnicos de diferentes áreas.

A prática profissional apresentou-se sempre como uma fonte estimuladora pela procura de novas aprendizagens e pelo aprofundamento dos conhecimentos anteriormente adquiridos ao longo da formação académica, sendo também uma fonte de conhecimentos na medida em que foi possível evoluir através da autocritica e análise das técnicas e estratégias implementadas pela TEPM. No que se refere à planificação, avaliação, formulação de objetivos, abordagem e interação com as crianças, as suas famílias e diferentes técnicos, entre outros. Com o RACP foi possível desenvolver a capacidade adaptativa na resposta imediata a situações-problema apresentadas pela criança, pais e educadores de sala (por e.g. pelo comportamento da criança, pela alteração do espaço, entre outros). Por fim, reporta-se a grande importância que as partilhas, indicações, recomendações e sugestões dos restantes elementos da ELI tiveram para a aprendizagem da TEPM.

O confronto entre a literatura científica e a prática profissional realizada durante o período de estágio permitiu tirar algumas ilações que passam pelo facto de existir ainda um longo caminho a percorrer para que o modelo de intervenção defendido pela IP esteja completamente implementado. Assim, para que essa realidade esteja cada vez mais próxima e se intervenha de forma transdisciplinar (uma intervenção centrada na família e no contexto natural da criança), parece-nos pertinente um trabalho de sensibilização de técnicos, pais e instituições envolvidas, que poderá passar pela concretização de ações de formação, campanhas de divulgação, entre outros.

Sabendo que quanto mais precocemente se intervém, maior é a porta de oportunidades para uma evolução positiva e marcante do desenvolvimento da criança (realidade referida na literatura e constatada na prática), e sabendo da dificuldade muitas vezes sentida no que respeita ao envolvimento da família de uma forma mais ativa no processo de intervenção, parece-nos de todo pertinente durante o processo de integração da criança e família no apoio de IP, a existência de dois técnicos a acompanhar essa integração. Assim, ambos intervirão com a família e a criança, mas um deles iniciará uma intervenção imediata com a criança, demonstrando e realizando estratégias e atividades de intervenção à família, e um outro será especializado na família e nas diferentes dinâmicas familiares e desenvolverá um trabalho de motivação, demonstração da pertinência do envolvimento familiar, podendo esta intervenção com a família ser mais ou menos prolongada no tempo dependendo da família em questão.

Os horários em que normalmente se realizaram os apoios para muitas famílias constituiu uma barreira ao seu maior envolvimento e participação, uma vez que coincidiu com os horários de trabalho dos pais, o que leva a refletir sobre a pertinência de proceder a um reajuste dos horários dos apoios prestados.

Lièvre e Staes (2012) fazem-nos refletir sobre a essência psicomotora do ser humano ao longo de toda a sua existência e perceber a importância do desenvolvimento psicomotor em todas as fases de desenvolvimento de qualquer criança, pois este sustenta e potencia o desenvolvimento global da mesma, das suas aprendizagens e capacidade adaptativa atuais e futuras. Deste modo, torna-se pertinente e válida a atuação de um técnico desta área numa equipa de IP, pelos benefícios que o mesmo pode trazer para a criança apoiada e sua família, como se pode verificar através da evolução que as crianças apoiadas pela TEPM alcançaram.

Podemos então concluir que, durante o período de intervenção, se verificaram evoluções no desenvolvimento de todas as crianças apoiadas e que este estágio

constituiu um ponto fundamental para a evolução profissional e pessoal da TEPM preparando-a para a vida ativa mais ciente da necessidade de formação e adaptação constante das formas de intervenção. Por tudo isto, pode-se referir que, de um modo geral, todos os objetivos propostos inicialmente pelo RACP foram alcançados.

Referências Bibliográficas

- Akasha, S., & Frimodt, L. (2003). A Psicomotricidade na Dinamarca. *Psicomotricidade* 1(2), 41-48.
- Almeida, I. (2004). Intervenção Precoce: Focada na Criança ou Centrada na Família e na Comunidade? *Análise Psicológica*, 1(XXII), 65-72. Recuperado de <http://goo.gl/CWod4>.
- Almeida, I. (2010). O Modelo de Intervenção Centrada na Família: Da Teoria à Prática. *Revista Diversidades* 27, 12-16.
- APA – American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L. & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 23(4), 747-756.
- Arpino, C., Compagnone, E., Montanaro, M. L., Cacciatore, D., De Luca, A., Cerulli, A., DiGirolamo, S. & Curatolo, P. (2010). Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. *Child's Nervous System*, 26, 1139-1149.
- Bee, H., & Boyd (2011). *A criança em Desenvolvimento* (12º ed.). Porto Alegre: Arned.
- Bellman, M., Lingam, S., & Auken, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II*. London: NFER-Nelson.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2003). *A criança prematura*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A., & Hilliard, J. (1976). *Portage Guide to Early Education Manual*. Wisconsin: Cooperative Educational Service Agency.
- Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *Psicomotricidade* (3), 53-65.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development – EXPERIMENTS BY NATURE AND DESIGN*. United States of America: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43. Recuperado de <http://goo.gl/ITH1q>.
- Bruni, M. (1998). *Topics in Down Syndrome: Fine Motor Skills in children with Down Syndrome, a Guide for Parents and Professionals*. Bethesda: Woodbine House
- Consultado a 15 de outubro de 2012 no site de <http://zip.net/bxl6Dz>.
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade, CRL. Oeiras. (2009,2010). *Equipa Local de Intervenção de Oeiras (ELI)*. Consultado a 15 de outubro de 2012 no site de <http://zip.net/bxl6Dz>.
- Coutinho, M. T. P. B. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica e formação parental* 1(XXII), 55-64. Recuperado de <http://goo.gl/NueUe>.

- Coutinho, M. T. P. M. B. (1999). Estudo dos efeitos de um Programa de Formação Parental destinado a pais de crianças com Síndrome de Down (Tese de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana - Lisboa).
- Crnic, K. & Stormshak, E. (1997). The Effectiveness of Providing Social Support for Families of Children at Risk. In M. J. Guralnick (Ed.), *The Effectiveness of EARLY INTERVENTION* (pp. 209-225). Baltimore: Paul H. Books Publishing Co.
- Cunningham, C., & Costa, R. C. (2008). *Síndrome de Down: uma intervenção para pais e educadores* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunningham, G, Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C, Rouse, D. J., & Spong, C.Y. (2012). Trads.) *Obstetrícia de Wliams* (23ª Ed.). Porto Alegre: McGraw Hill (Obra Original publicada em 2010).
- Davidson, P. & Harrison, G. (1997). The effectiveness of early intervention for children with visual impairments. In M. J. Guralnick (Ed.). *The effectiveness of EARLY INTERVENTION*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6. Recuperado de <http://goo.gl/56UVK> a 16 de Fevereiro de 2013.
- Drehobl, K. F., & Fuhr, M. G. (2000). *Potential Benefits of Massage, Pediatric massage revised for the child with special needs* (pp. 9 – 14). Therapy Skill Builders.
- Dunst, C. J. (2000). Apoiar e Capacitar Famílias em IP: o que aprendemos? In L. M. Correia, & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp. 77-92). Porto: Porto Editora.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Homer, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press. doi: 10.1177/105381510602800301
- Escribá, A. (2002). *Síndrome de Down - Propuestas de Intervención*. Madrid: Editorial Gymnos.
- European Forum of Psychomotricity. (2012). Recuperado a 3 de Março de 2013 no site do European Forum of Psychomotricity, <http://goo.gl/IRVyx>.
- Fewell, R. R. (1986). The Measurement of Family Functioning. In L. Bickman & D. L. Weatherford (Eds.), *Evaluating Early Intervention Programs for Severely Handicapped Children and Their Families* (pp. 263-307). Texas: Pro-ed.
- Folio, R. & Fewell, R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales* (2ª ed.). Austin Texas: Pro-ed.
- Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Porto Alegre: Artemd.

- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2005). *Compreendendo o Desenvolvimento Motor: Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos*. (3ªed.). (Araújo, M. A. S. P., Ribeiro, J. M., & Silva, J. P. S.). São Paulo: Phorte Editora (Obra original publicada em 2002).
- Gimenez, M. A. J. (Ed.). (1991). *Teste de medida das funções motoras (TMFM) – Guia do utilizador*. Adaptação do Gross Motor Function Measure de Russel e colaboradores (1989). Lisboa: Centro de Paralisia Cerebral de Calouste Gulbenkian.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18. Recuperado de <http://goo.gl/oYFJP>
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 313–324
- Guralnick, M. J. (2006). Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. In McCartney, K. & Phillips, D. (Eds.), *Handbook of early childhood development* (pp. 44-61). Oxford: Blackwell Publishers.
- Hanson, M., & Lynch, E. (1995). *Early intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. Austin: Pro-Ed, Inc.
- Hermant, G. (2003). História, realidade e futuro da profissão da escola francesa. *Psicomotricidade* 1(1), 47-55.
- Ishii, C., Miranda, S. C., Isotani, M. S., & Perissinoto, J. (2006). Caracterização de comportamentos linguísticos de crianças nascidas prematuras, aos quatro anos de idade. *Revista CEFAC*, 8(2), 147-154. São Paulo, Brasil.
- Jaakkola, J. J. K., Ahmed, P., Ieromnimon, A., Goepfert, P., Laiou, E., Quansah, R. & Jaakola, M. S. (2006). Preterm delivery and asthma: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 118(4), 823-830.
- Kaiser, B., & Rasminsky, J. S. (2003). *Challenging Behaviour in Young Children*. United States of America; A and B.
- Kumin, L. (1994). *Topics in Down Syndrome: Communication Skills in children with Down Syndrome, a Guide for Parents*. Bethesda: Woodbine House.
- Lièvre, B., & States, L. (2012). *La Psychomotricité au Service de L'Enfant, de L'Adolescent et de L'Adulte: Notions et applications pédagogiques* (6ª Ed.). Bruxelles: Groupe de Boeck.
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2003). *Psicomotricidad Y necesidades educativas especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, T. (2012). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais 2º Ano*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

- Masten, A.S., & Coatsworth, J.D (1998). The Development of Competence in favorable and Unfavorable Environments. *Lessons from research on Successful Children. American Psychologist*, association 53 (2), 205-220.
- Matos, C. S. D. G. (2009). Coordenação Motora – estudo em crianças ex-prematuras nascidas com muito baixo peso. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto).
- McWilliam, R. (2009). The routines-based interview. A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children*, 22 (3), 224–233
- McWilliam, R. (2010) *Working with families of young children with special need*. New York: The Guilford Press.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morato, P. P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do. Cambridge: Harvard University. Recuperado de <http://goo.gl/Y4vjg>.
- Naville, S. (2004). *Psicomotricidade – interesses comuns e previsões para o futuro. Psicomotricidade* (3), 32-34.
- Nelson, C. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. P., Shonkoff, & S.J., Meisels (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 204-230). New York: Cambridge University Press.
- Núñez, J. A. G., & Adelantado, P. P. B. (1999). *Psicomotricidad y educación infantil*. Madrid: CEPE.
- Núñez, J. A. G., & Adelantado, P. P. B. (2007). *Psicomotricidad y educación infantil*. Madrid: CEPE.
- O'Connor, A. R, Wilson, C. M. & Feilder, A. R. (2007). Ophthalmological problems associated with preterm birth. *Nature*, 21, 1254-1260.
- Onofre, P. S. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Ortega, J. J., & Calle, I. J. (2001). *Psicomotricidade: Teoría y programación*. Barcelona: CISSPRAXIS.
- Ortega, J. J., & Obispo, J. A. (2007). *Manual de Psicomotricidad: Teoría, Exploración, Programación y Práctica*. España: La Tierra Hoy.
- Paasche, C. L., Gorrill, L., & Strom (Eds.) (2010). *Criança com Necessidade*
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 43-54. Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: um desejo ou realidade. Percepções dos pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoces a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias* (Vol. 23). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: um desejo ou realidade. Perceções dos pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias* (Vol. 23). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Plantinga, Y., Perdock, J. & Groot, L. (1997). Hand function in low-risk preterm infants: its relation to muscle power regulation. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 6-11.
- Riaño, B. S. (2004). *Estrategias Psicomotoras*. México: Editorial Limusa.
- Rigolet, S. A. (2009). Os Três P - Precoce, progressivo, Positivo. Comunicação e Linguagem para uma Plena Expressão. Porto: Porto Editora.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P., Shonkoff, & S.J. Meisels, (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sánchez, L. R., & Buitrago, C. Z. (2008). *La psicomotricidade en la escuela (de 0 a 16 años)*. Madrid: Cie Inversiones Editoriales Dossat.
- Schapira, I., Aspres, N., Benítez, A., Vivas, S., Rodríguez, G., Gerometta, G., Galindo, A., Cangelosi, M., Cúneo Libarona, M. L., & Fiorentino, A. (2008). Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(4), 155-158. Retirado de <http://goo.gl/YcU2J>.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2001). *Anatomia & Fisiologia*. (Caeiro, M. A., Durão, M. C., Abecasis, M. L. B., Groz, M. P., & Leal, M. T. S., Trad.). Lisboa: Lusodidacta (Obra Original publicada em 1997).
- Serrano, A., & Abreu, F. (2010). Intervenção Precoce na DREER: Um Projecto de Investigação-Acção. *Revista Diversidades* 27, 24-27.
- Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Simeonsson, R. J. (1996). Family Expectations, Encounters, and Needs. In M. Brambring, H. Rauh, & A. Beelmann (Eds.). *Early Childhood Intervention: Theory, Evolution, and Practice* (pp. 196-207), Berlin: Gruyter.
- Simões, A. C. L. (2004). A Importância da Intervenção Precoce Centrada na Família. *Integrar* 21/22, 53-57, Recuperado de <http://goo.gl/kRupv>.
- Simões, A., & Brandão, T. (2010). Os objectivos definidos nos Planos Individualizados de Apoio à Família reflectem uma intervenção centrada na família? *Educação Inclusiva* 1(2), 18-23.
- Tegethof, M. I. S. C. A. (2007). Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. (Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Porto).

- The challenging behaviour foundation (2014). About Challenging Behaviour: What do we mean by 'Challenging behaviour'?. Consultado a 15 de março de 2014 em <http://www.challengingbehaviour.org.uk/about-cbf/about-challenging-behaviour.html>.
- Thurman, K. S. (1997). Systems, ecologies, and the context of early intervention. In Thurman, K. S. & Cornwell, J. R., Gottwald, S. (Eds.), *Contexts of early intervention : systems and settings*. Baltimore : Paul H. Brookes Pub. Co.
- Tjossem, T. D. (Ed.) (1976). *Intervention strategies for high risk infants and young children*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Troncoso, M. v. & Cerro, M. M. (2004). Síndrome de Down: Leitura e Escrita. (Nunes, C., nunes, G., Marcelo, I., Granadeiro, M. J., & Mira, M. J. Trad.). Porto: Porto Editora.
- Turnpenny, P., & Ellard, S. (2009). *Emergy Genética Médica* (13ª ed.). (Motta, P. A., Trads.). Rio de Janeiro: Elsevier (Obra original publicada em 2009).
- Valente, A. S. e Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa, Revista de Medicina da Criança e do Adolescente*, 42(1), 1-7.
- Vaz, F. A. C. (1986). Prematuridade-Fatores Etiológicos. *Pediátrica*, 8, 169-171.
- Vieira, J. L., Batista, M. I. B., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática* (2ª Ed.). Curitiba: Filosofart Editora.
- Volpe, J. (2009). Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances. *Lancet Neurology*, 8, 110-124.
- World Health Organization. (2013). Preterm Birth – versão online. Consultado em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> a 14 de março de 2014.

Anexos

Anexo 1- Exemplo de Ficha de Registo do Comportamento da Criança